BESTELLUNG

Fax: 08386 962132
Email: gomera80@web.de

oder per Post einsenden an:

PHARMATRANS INC.
P.O.BOX 1006
NL-6201 BA Maastricht

A R Z T S T E M P E L

VOM ARZT AUSZUFÜLLEN (nur bei rezeptpflichtigen Produkten):

Datum : .....Unterschrift::……

A B S E N D E R

Name :

Straße :

PLZ / Ort :

Telefon :

Fax :

E-Mail* :

❑ Ich beauftrage Sie hiermit, nachfolgend angeführte Produkte in einer Apotheke zu besorgen und an mich zuzuschicken.

RBP: 25095

Produktnr.	Produktname	Anzahl	Preis/Pkg*	Total
Gesamttotal				

** Preis beinhaltet Produkt- und Zustellgebühr. Bei Aufträgen unter € 50,– berechnen wir € 4,50 für Porto und Verpackung.

Hinweise zur Auftragsannahme:
Nicht rezeptpflichtige Produkte: per Fax, Post, Email, Telefon
Rezeptpflichtige Produkte: per Post, Fax
(ausschließlich mit Arztstempel, Datum und Unterschrift)

Die dafür anfallenden Kosten werden bezahlt:

❑ per Zahlschein nach Rechnungserhalt

❑ per Kreditkarte ❑ Master/Euro ❑ Visa ❑ Diners

Kartennummer: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Gültig bis: _ _ / _ _ CVC Code:

Unterschrift (des Karteninhabers):