

# IHRE BESTELLUNG

Fax: 00800-7030 7030  
Email: info@pharmatrans.com

oder per Post einsenden an:

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

<b>ARZTSTEMPEL</b>	
VOM ARZT AUSZUFÜLLEN (nur bei rezeptpflichtigen Produkten):	
Datum : .....Unterschrift:.....	

<b>ABSENDER</b>	
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
<b>Gesamttotal</b>				

\*\* Preis beinhaltet Produkt- und Zustellgebühr.

**Zone 1** (Österreich, Deutschland, Luxemburg) Aufträge unter EUR 75,- zuzüglich EUR 6,20 für Porto und Verpackung

**Zone 2** (alle restlichen EU Länder außer Italien) Aufträge unter EUR 75,- zuzüglich EUR 8,20 für Porto und Verpackung

**Zone 3** (Italien) Aufträge unter EUR 100,- zuzüglich 10,- für Porto und Verpackung

**Lieferzeit ca. 7 Werktag | Lieferung nur an Adressen innerhalb der EU**

**Hinweise zur Auftragsannahme:**  
**Nicht rezeptpflichtige Produkte:** per Fax, Post, Email  
**Rezeptpflichtige Produkte:** per Post, Fax, E.mail mit Anhang (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):