



Name, Vorname

Kundennummer (falls vorhanden)

Straße, Hausnummer

Telefonnummer

PLZ, Ort

Fax - Bestellschein

Ihre Rezepte:

- Für rezeptpflichtige Arzneimittel sende ich Ihnen auf dem Postwege folgende Anzahl Originalrezepte:.....
- Ich möchte noch zusätzlich folgende - nicht rezeptpflichtige - Arzneimittel bestellen. Hiermit bestelle ich nachfolgende Artikel zu den mir bekannten Geschäftsbedingungen. Diese finden Sie auf unserer Homepage (www.juvalis.de) - auf Wunsch senden wir Ihnen diese auch gerne zu.

| Artikel-Nr. / PZN: | Artikel- Bezeichnung: | Form (z.B.:Kapseln, Salbe, Tropfen, ...): | Packungsgröße (z.B. 20 Stück, ...): | Anzahl: |
|-----------------------|--------------------------|--|--|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Zahlungsart:

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir bei Erstbestellungen nur die folgenden Zahlungswege akzeptieren können: „Vorkasse“, „Kreditkarte“, bzw. - im Falle von Rezeptgebühren - „Lastschriftverfahren“.

- Vorkasse**
 - Kontoinhaber: Juvalis
 - Kontonummer: 000 677 8917
 - Bankleitzahl: 250 906 08
 - Bankinstitut: Deutsche Apotheker- und Ärztebank
- Kreditkarte**
 - Kreditkartentyp:
 - Kreditkarteninhaber:
 - Kreditkartennummer:
 - Gültig bis:
- Bankeinzug**
 - Kontoinhaber:
 - Kontonummer:
 - Bankleitzahl:
 - Bankinstitut:

Datum, Ort, Unterschrift:
(Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die AGB von www.juvalis.de.)