



## Sparen Sie jetzt mit unserem **Treuebonus**

### Ihr Treuebonus von **tablettenbote.de**

- Sie zahlen einfach per Bankeinzug oder Vorkasse
- Wir zahlen das Bestell-Porto für Sie
- Sie erhalten die Prämie für Ihren nächsten Einkauf bei **tablettenbote.de**
- Wir liefern Ihnen Ihre verschreibungspflichtigen Medikamente versandkostenfrei

Für jede eingesandte Bestellung erhalten Sie einen Treuebonus in Höhe von bis zu 3 Euro.

Außerdem liefern wir Ihnen Ihre verordneten Medikamente **versandkostenfrei** nach Hause!.



Weitere Informationen  
finden Sie unter  
[www.tablettenbote.de](http://www.tablettenbote.de)

#### Wir machen´s Ihnen einfach:

Bestellschein und Freiumschlag  
ausdrucken und ausfüllen



zusammen mit Ihrem Rezept  
in den Briefkasten



Wir liefern Ihre Bestellung  
umgehend aus



Füllen Sie den Bestellschein auf Seite 3 aus, stecken Sie ihn zusammen mit Ihrem Rezept in den Freiumschlag von Seite 2 und senden Sie ihn an:

**Apotheke zur Brücke ... Clara-Zetkin-Strasse 7 ... 02625 Bautzen**

Absender:

---

---

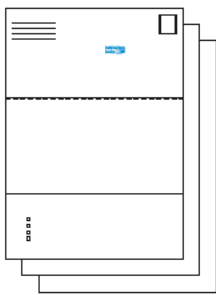
---

---

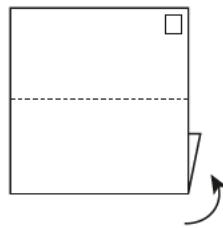
Das Porto  
übernimmt  
**tablettenbote**  
für Sie!

Rückantwort  
**tabletten  
bote** 

Apotheke zur Brücke  
Clara-Zetkin-Strasse 7  
02625 Bautzen



①



②



③

- 1) Legen Sie dieses Blatt auf Ihre Bestellung
- 2) Falten Sie den Stapel zuerst an der unteren gestrichelten Linie
- 3) Dann falten Sie den Stapel an der oberen Linie
- 4) Schließen Sie das Kuvert seitlich und oben mit Klebeband - fertig!

**Ihr Originalrezept nicht vergessen!**

## Bitte nochmals prüfen!

- meine persönlichen Daten und die Bestellung habe ich auf Vollständigkeit überprüft
- mein Originalrezept habe ich beigelegt
- meine gewünschte Zahlungsweise habe ich eingetragen (bei Bankeinzug auch die Bankverbindung)
- der Bestellschein ist unterschrieben

## BESTELLEN SIE PER FAX: 03591 303235

### IHRE ADRESSE (eMail-Adresse nicht vergessen!)

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Straße, Nummer \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ eMail \_\_\_\_\_

### GGF. ABWEICHENDE LIEFERADRESSE

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Straße, Nummer \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_

### IHRE BANKDATEN

Ich zahle meine Bestellung per:  Bankeinzug (*nicht für Neukunden*)  Vorkasse\*

Kontoinhaber \_\_\_\_\_  
 IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_  
 Bank \_\_\_\_\_  
 Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

\* Bitte überweisen Sie den Betrag auf folgendes Konto: Commerzbank vormals Dresdner Bank  
 IBAN: DE3985080000282983604 · BIC: DRESDEFF850 · Der Versand erfolgt erst nach Gutschrift auf unserem Konto.

### BEI REZEPTPFLICHTIGEN MEDIKAMENTEN

Hiermit bestelle ich die auf den beiliegenden Rezepten verordneten rezeptpflichtigen Arzneimittel.

Kassenrezept(e) und / oder  Privatrezept(e) (*Bitte Anzahl eintragen.*)

Ich bin zuzahlungsbefreit:  Ja  Nein  Neukunde  Kundennummer \_\_\_\_\_

### MEDIKAMENTE OHNE REZEPT

PZN (Artikelnummer)	Name des Artikels	Form	Packungsgröße	Anzahl	Preis
---------------------	-------------------	------	---------------	--------	-------

(Tabl./Salbe etc.) (40 Tabl., 100g)


Es gelten unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen

**Summe:** \_\_\_\_\_