

Meine Bestellung



TELEFON: 05424 - 809 2222
Bestellhotline: Mo.-Fr. 8-22 Uhr, Sa. 8-14 Uhr
Beratungshotline: Mo.-Fr. 9-17.30 Uhr, Sa. 9-13 Uhr



FAX: 05424 - 809 2229



REZEPTE AN:
Aliva-Apotheke · Postfach 6233
49095 Osnabrück



ONLINE-SHOP:
www.aliva.de

Aliva Apotheke · BS-Apotheken OHG · Grüner Weg 1 · 49196 Bad Laer

Versandkostenfrei ab 20 € Bestellwert oder bei Rezeptbestellung, sonst 4,95 €.

Meine persönlichen Daten:

Frau Herr Firma
Name / Firmenbezeichnung*

Kundennummer (falls vorliegend) Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)*

Vorname*

Straße* Hausnummer

PLZ* Ort*

E-mail Adresse Telefon tagsüber*

* Bitte für die korrekte Bestellabwicklung ausfüllen!

Bitte senden Sie mir ein persönliches Medikationsprofil.

Meine Bestellung rezeptfreier Artikel:

Hiermit bestelle ich nachfolgend aufgeführte Artikel zu den mir bekannten Geschäftsbedingungen.
Hinweis: Diese finden Sie auf unserer Homepage www.aliva.de. Auf Wunsch schicken wir Ihnen die AGB auch gerne zu.

Anzahl	Artikel-Nr. (PZN)	Artikelbezeichnung	Form (z.B. Tabletten)	Pckg.-Größe (z.B. 100 St.)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Nicht mit anderen Aktionen kombinierbar und nicht für rezeptpflichtige Arzneimittel! Nur solange der Vorrat reicht!

Meine Bestellung soll an folgende abweichende Adresse geschickt werden:

Name Vorname

Firma

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Mein Zahlungswunsch:

per SEPA-Lastschriftmandat (Bitte nachfolgende Felder ausfüllen.) per Rechnung/Überweisung

Kontoinhaber (falls abweichend)

IBAN

BIC Geldinstitut

Datum Unterschrift

Ich ermächtige / Wir ermächtigen alle anfallenden Zahlungen von meinem / unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die eingezogenen Lastschriften einzulösen. Die Einzugsermächtigung gilt bis auf Widerruf.

Zahlungsempfänger: Aliva Apotheke · Grüner Weg 1 · 49196 Bad Laer
Firmensitz Bad Laer, Gläubiger-ID: DE93ZZZ00000479803