



einfach, bequem & diskret

Porto sparen und kostenlos Rezept zusenden! Freiumschlag zum Ausdrucken*

Wir übernehmen das Porto für Ihre Rezepteingangung.
Maximaler Komfort, minimale Kosten.
Wir wünschen gute Besserung.



Bitte exakt an der gestrichelten Linie ausschneiden und den Ausschnitt auf Ihren C6-Briefumschlag aufkleben.



einfach, bequem & diskret



Das Porto
zahlen wir
für Sie!

Deutsche Post 
ANTWORT

Aliva-Apotheke
Postfach 6233
49095 Osnabrück

*Passend für einen C6-Umschlag. Nicht für A5, A4 oder andere Kuvertformate verwenden!

Bitte geben Sie uns Ihre persönlichen Daten über den Bestellschein auf der nächsten Seite an und legen diese Information mit in den Freiumschlag.

Meine Bestellung



TELEFON:
05424 - 809 2222
Mo.-Fr. 8 - 22 Uhr · Sa. 8 - 14 Uhr
Bundesweit zum Ortstarif.



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!

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.)

*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