

IHR BESTELLFORMULAR

RECHNUNGSADRESSE

Vor- und Nachname*

Straße*

PLZ/Ort*

Telefon/Telefax*

E-Mail

LIEFERADRESSE (falls abweichend)

Vor- und Nachname*

Straße*

PLZ/Ort*

Telefon/Telefax*

E-Mail

*PFLICHTANGABEN (Die Angabe Ihrer Telefonnummer ist für Beratungszwecke unbedingt notwendig)

Name des Medikaments/Produkts	Form (z.B. Tabletten, Creme)	Pharmazentralnummer (PZN, falls bekannt)	Packungsgröße (z.B. 50g/100 Tabl.)	Anzahl/Packungen

- Ich habe die Datenschutzbestimmungen unter <https://a-b-f.de/portal/datenschutz/> gelesen und stimme diesen zu. Hinweis: Sie können Ihre Einwilligung jederzeit für die Zukunft per E-Mail an datenschutz@a-b-f.de widerrufen.
- Ja, ich bin einverstanden, dass die ABF, Apothekerin Eva Schreier e.K. bei Fragen zum eingereichten Rezept mit dem behandelnden Arzt Rücksprache halten darf.
- Bitte schicken Sie mir für meine nächste Bestellung einen Freiumschlag zu. (optional)
- Ich möchte zukünftig gerne Informationen zu Angeboten und Services der ABF erhalten. (optional)

Ort, Datum

Unterschrift