



Bestellformular für Arzneimittel

Bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln bitte das Rezept
beilegen / faxen

Arzneimittel / Artikel	Menge	Form (Tabl., Creme, ...)	PZN (falls vorhanden)

Rechnungsanschrift

Vorname*	Nachname*
Straße*	Hausnummer*
Postleitzahl*	Ort*
Telefonnummer*	E-Mail*

Lieferanschrift (falls abweichend von Rechnungsadresse)

Vorname	Nachname
Straße	Hausnummer
Postleitzahl	Ort
Kundennummer (wenn vorhanden)	Datum / Unterschrift

Bitte beachten Sie: Felder mit einem (*) sind Pflichtfelder, die ausgefüllt werden müssen.

Struwelpeter-Apotheke • Peter Cornelius e. K. • www.struwelpeter-online.de

Hauptwache / U-Bahnhof
D-60313 Frankfurt am Main

Phone: +49 (0) 69 / 13 38 44-0
Fax: +49 (0) 69 / 13 38 44-10

Mo – Fr 8.00 – 20.00 Sa 9.00 – 19.00 Uhr
hauptwache@struwelpeterapotheken.de

Kaiserstraße 10
D-60311 Frankfurt am Main

Phone: +49 (0) 69 / 38 77 817-0
Fax: +49 (0) 69 / 38 77 817-11

Mo – Fr 8.00 – 20.00 Sa 9.00 – 19.00 Uhr
kaiserplatz@struwelpeterapotheken.de

