

Schicken Sie Ihre Bestellung an:  
Apotheke Zur Rose  
06144 Halle (Saale)

Wir sind für Sie da:  
☎ 0800 20 40 111 (kostenfrei)  
☎ 01805 88 30 33 (14 ct/Min aus dem dt. Festnetz, max. 42 ct/Min aus dem dt. Mobilfunknetz)

🌐 [www.zurrose.de](http://www.zurrose.de)  
📧 [service@zurrose.de](mailto:service@zurrose.de)

Bitte hier keine Medikamente von Ihrem Rezept eintragen.

Bestellnummer/PZN	Menge	Artikel-Bezeichnung	Gesamtpreis

Ja, ich unterstütze die Elternhilfe für krebskranke Kinder Leipzig e.V.\* Spendensumme mind. 0,50 €

**Apotheke Zur Rose schützt Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten nach den Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).**

Summe

\*Hinweis: Ein Gutschein ist nicht als Spende einlösbar. Eine Spende beeinflusst nicht die Versandkostenfreigrenze. Mehr zu unserer Spendenaktion unter [www.zurrose.de/spende](http://www.zurrose.de/spende)

**Haben Sie einen Gutschein?** (Pro Bestellung nur ein Gutschein-Code möglich)

Ihr Gutschein-Code (4-stellig, falls vorhanden)     Ihr Gutschein-Code (12-stellig, falls vorhanden)

**Rezeptpflichtige Medikamente** (Bitte Originalrezept beilegen)

Ich lege  Kassenrezept(e) und/oder  Privatrezept(e) bei.  Ich bin zuzahlungsbefreit. Eine Kopie des aktuellen Befreiungsnachweises liegt bei.

Es fallen Versandkosten in Höhe von 3,95 € an. Ab 40 € Bestellwert ist die Lieferung an Ihre Wunschadresse versandkostenfrei. Ebenso bei Einreichung eines Rezeptes! (Gilt nur bei rezeptpflichtigen Medikamenten sowie bei Bestellungen von rezeptpflichtigen Medikamenten in Verbindung mit rezeptfreien Medikamenten.)

**Persönliche Daten / Anschrift**

Frau  Herr  Sammelbesteller  Abweichende Lieferadresse (Bei jeder Bestellung angeben)  Frau  Herr

Kundennummer (falls vorhanden)  Vorname/Name

Vorname/Name<sup>1</sup>  Firma/Adresszusatz

Straße/Hausnummer<sup>1</sup>  Straße/Nr.

PLZ/Ort<sup>1</sup>  Geburtsdatum<sup>1</sup>  PLZ/Ort

Tel. tagsüber für evtl. Rückfragen<sup>1</sup>  <sup>1</sup> Pflichtfelder bitte ausfüllen!

E-Mail-Adresse


**Ihre Werbeeinwilligung**

Ja, ich bin einverstanden, dass die Apotheke Zur Rose mein Geburtsdatum für eigene Werbung (Grüße und Angebote) bis auf **Widerruf**<sup>2</sup> verwendet.

Ja, ich bin einverstanden, dass die Apotheke Zur Rose meine Telefonnummer für eigene Werbung (Angebote und Dienstleistungen) bis auf **Widerruf**<sup>2</sup> verwendet.

Ja, ich möchte den kostenlosen Newsletter (Angebote und Aktionen) der Apotheke Zur Rose an meine E-Mail-Adresse bis auf **Widerruf**<sup>2</sup> zugesandt bekommen.

<sup>2</sup> Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt. Der Widerruf kann schriftlich an die Apotheke Zur Rose, 06144 Halle (Saale) erfolgen.

Datum   Unterschrift

**Zahlungsart – bis auf Widerruf** (Kreditkarte nicht möglich)


Rechnung  SEPA-Lastschrift Bankverbindung liegt bereits vor.  SEPA-Lastschrift Neue Bankverbindung (bitte ausfüllen)

DE

IBAN

Bank

Kontoinhaber

Datum   Unterschrift