zur Rose
Ihre Versandapotheke.

Mein Bestellschein

Wichtig! Zur schnellen und fehlerfreien Bearbeitung benötigen wir einen ausgefüllten Bestellschein. Bitte in Großbuchstaben ausfüllen!

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
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 0 , 0 0

*Hinweis: Ein Gutschein ist nicht als Spende einlösbar. Eine Spende beeinflusst nicht die Versandkostenfreigrenze. Mehr zu unserer Spendenaktion unter 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

Kundennummer (falls vorhanden)

Vorname/Name[1]

Straße/Hausnummer[1]

PLZ/Ort[1] Geburtsdatum[1]

Tel. tagsüber für evtl. Rückfragen[1]

[1] **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**[2] verwendet.

[2] 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

☐ Abweichende Lieferadresse (Bei jeder Bestellung angeben)

☐ Frau ☐ Herr

Vorname/Name

Firma/Adresszusatz

Straße/Nr.

PLZ/Ort

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

Ich erkläre mich mit der Geltung der auf **www.zurrose.de** abgedruckten AGB einverstanden. Dies gilt auch für die darin enthaltene Datenverwendungsklausel sowie Widerrufsbelehrung. Die Apotheke Zur Rose nutzt die von mir angegebenen persönlichen Daten und Gesundheitsdaten („persönliche Daten") soweit und solange dies zur Vertragserfüllung, Abrechnung und zu sonstigen legitimen eigenen Geschäftszwecken notwendig ist. Ich bin damit einverstanden, dass die Apotheke Zur Rose meine persönlichen Daten darüber hinaus ausschließlich zur Erstellung und Übersendung personalisierter Eigenwerbung an die von mir genannte E-Mail- und Postadresse nutzt, bis ich meine Einwilligung widerrufe, was jederzeit z. B. per formloser E-Mail an: **service@zurrose.de** möglich ist. Eine Weitergabe meiner persönlichen Daten an Dritte (Art. 4 Nr. 10 DSGVO) erfolgt nicht. Weitere Hinweise zum Datenschutz finde ich unter: **www.zurrose.de/datenschutz**.