

Neukundenwerbung bitte ausfüllen, ausdrucken und unterschreiben.

Neukundenwerbung

Bestellen Sie

- telefonisch **0800-10 11 422**
- im Onlineshop **www.apotal.de**
- per Fax **05424-21 64 47**

Holen Sie sich Ihre **10 Euro**
Werbeprämie. (siehe 2. Seite)



Bestellung Kunde

Frau	Herr		Kunden-Nr.	Geb.-Datum
Name		Vorname	eMail	
Straße	Nr.	PLZ	Ort	Telefon
<input type="checkbox"/> Abweichende Lieferadresse		einmalig	dauerhaft	Fax
Firma		Name	Vorname	
Straße	Nr.	PLZ	Ort	

Rezeptbestellung (bitte Anzahl eintragen)

Für die Bestellung rezeptpflichtiger Arzneimittel lege ich _____ Originalrezepte bei.

Bestellung freiverkäuflicher Arzneimittel

PZN	Artikelbezeichnung	Darreichungsform	Größe	Menge

Zahlungswunsch (bitte auswählen)

Rechnung – Zahlungsziel 10 Tage

mit beiliegendem Rezept

Bankeinzug – Kontoinhaber = Rechnungsempfänger!

Kontoinhaber	Geldinstitut	Bankleitzahl	Konto-Nr.
--------------	--------------	--------------	-----------

Datum	Ort	X Unterschrift
-------	-----	------------------------------

10 Euro Werbeprämie für jeden neuen Kunden,



der über 18 Jahre alt ist, nicht im selben Haushalt wohnt und für mindestens 30 Euro bestellt.

Und so geht's:

- Teilen Sie uns mit, wen Sie geworben haben (per Formular + Freiumschlag, Telefon, Fax oder E-Mail)
- bei Bestellungen über www.apotal.de trägt Ihr Neukunde Ihre Kundennummer oder Ihre Adresse im Feld „Anmerkung zu dieser Bestellung“ ein
- vorausgesetzt die Rechnung wurde vom Neukunden beglichen, schreiben wir Ihrem Kundenkonto **10 Euro** gut.
(Bitte haben Sie Verständnis, dass die Bearbeitungszeit aufgrund der großen Nachfrage einige Zeit in Anspruch nehmen kann.)

Bestellung Neukunde

Frau Herr		Diabetiker ja nein		Geb.-Datum*	
Name*		Vorname*		eMail	
Straße*		Nr.*	PLZ* Ort*	Telefon*	Fax
<input type="checkbox"/> Abweichende Lieferadresse		einmalig dauerhaft			
Firma		Name		Vorname	
Straße		Nr.	PLZ Ort	* sind Pflichtfelder und müssen ausgefüllt werden.	

Rezeptbestellung (bitte Anzahl eintragen)

Für die Bestellung rezeptpflichtiger Arzneimittel lege ich _____ Originalrezepte bei.

Bestellung freiverkäuflicher Arzneimittel

PZN	Artikelbezeichnung	Darreichungsform	Größe	Menge

Zahlungswunsch (bitte auswählen)

Rechnung – Zahlungsziel 10 Tage

mit beiliegendem Rezept

Bankeinzug – Kontoinhaber = Rechnungsempfänger!

Kontoinhaber	Geldinstitut	Bankleitzahl	Konto-Nr.
--------------	--------------	--------------	-----------

Datum	Ort	Unterschrift
-------	-----	--------------