

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"/> <b>Abweichende Lieferadresse</b>		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	<del>X</del> 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 + Freiumschat, Telefon, Fax oder E-Mail )
- bei Bestellungen über [www.apotal.de](http://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

**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 ~~X~~ Unterschrift

Ihre Bestellung unterliegt den aktuellen AGB der Bad Apotheke, Bereich Versandapotheke.  
 Diese können Sie unter [www.apotal.de](http://www.apotal.de) einsehen oder telefonisch unter der gebührenfreien Rufnummer **0800-10 11 422** anfordern.