An

B E S T E L L U N G

Apotheke zur Universität, **Mindestbestellwert: 50 €**

Universitätsstr. 10, 1090 Wien
Tel: 01 402 52 98 DW 20, Fax DW 16
E-Mail: bestellung@uniapotheke.at, www.uniapotheke.at

Name:…….. **Kunden - Nr. KH Tamsweg: 775 – Eigene Nr.**

…….. Anschrift:

Tel. (Rückruf …

Fax: …….. Datum:

Rezept/e beifügen oder Originalrezepte bis zur Abholung unbedingt vorlegen!!!

Stk.	Menge	Artikel Nr. PZN	Artikel (Kapseln, Tropfen, Tabl., etc.)

Unser Bote wird beauftragt, die von uns bestellte Ware abzuholen. Wir ersuchen Sie, unseren Boten unter der Tel. Nr. …….…….. zu verständigen, wenn die Ware abholbereit ist.

Bankeinzugsermächtigung: **Rechnungsbetrag bitte einziehen!!!**
Bankverbindung: IBAN-

Unterschrift: **……**