




## PORTO SPAREN UND KOSTENLOS REZEPT ZUSENDEN!

Freiumschlag zum Ausdrucken\*

Wir übernehmen das Porto für Ihre Rezepteinsendung.  
Maximaler Komfort, minimale Kosten.  
Wir wünschen gute Besserung.

 Bitte exakt an der gestrichelten Linie ausschneiden und den Ausschnitt auf Ihren C6-Briefumschlag aufkleben.

**SANICARE**  
Die Versandapotheke

[www.sanicare.de](http://www.sanicare.de)

Entgelt  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post 

ANTWORT

SANICARE-APOTHEKE

Postfach

49195 Bad Laer

**Keine  
Versandkosten**  
bei Bestellung  
mit Rezept.

\*Passend für einen C6-Umschlag. Nicht für A5, A4 oder andere Kuvertformate verwenden!

Bitte geben Sie uns Ihre persönlichen Daten über den Bestellschein auf der nächsten Seite an und legen diese Information mit in den Freiumschlag.

### Apotheken-Hotline

**05424-6 470 100**

Mo.–Fr. 8–22 Uhr

Sa. 8–14 Uhr

Zum Festnetztarif



**24 Stunden**  
online shoppen  
[www.sanicare.de](http://www.sanicare.de)



### Rezepte einlösen

Versandkostenfreie  
Lieferung ab 20 €  
sowie bei Rezept-  
bestellungen, sonst  
3,95 €

**0€**  
Versand-  
kosten




### Rezepte an:

SANICARE-Versandapotheke  
Postfach  
49195 Bad Laer

**E-Mail:** [service@sanicare.de](mailto:service@sanicare.de)  
**Fax:** 05424-6 470 109

### Haus- und Lieferadresse:

SANICARE-Versandapotheke  
BS-Apotheken OHG  
Grüner Weg 1  
49196 Bad Laer

 Besuchen Sie uns  
bei Facebook.

## Meine Bestellung rezeptfreier Artikel

Hiermit bestelle ich nachfolgend aufgeführte Artikel zu den mir bekannten Geschäftsbedingungen.

Hinweis: Diese finden Sie auf unserer Homepage [www.sanicare.de](http://www.sanicare.de). Auf Wunsch schicken wir Ihnen die AGB auch gerne zu.

Anzahl	Artikel-Nr. (PZN)	Artikelbezeichnung	Form (z.B. Tabletten)	Pckg.-Größe (z.B. 100 St.)

### Meine persönlichen Daten

Frau  Herr  Firma

Kundennummer/ Mandatsreferenz-  
nummer (falls vorliegend)

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)\*

Name / Firmenbezeichnung\*

Vorname\*

Straße\*

Hausnummer\*

PLZ\*

Ort\*

E-mail

Telefon tagsüber\*

\* Bitte für die korrekte Bestellabwicklung ausfüllen!

Bitte senden Sie mir ein persönliches Medikationsprofil.

### Mein Zahlungswunsch

per SEPA-Lastschriftmandat  
(Bitte nachfolgende Felder ausfüllen.)

per Rechnung/  
Überweisung

Datum

Unterschrift

Kontoinhaber (falls abweichend)

IBAN

**D E**

BIC

Geldinstitut

Zahlungsempfänger:  
SANICARE-Apotheke  
BS-Apotheken OHG  
Grüner Weg 1  
49196 Bad Laer  
Gläubiger-ID:  
DE93ZZZ00000479803

Ich ermächtige / Wir ermächtigen alle anfallenden Zahlungen von meinem / unserem Konto einzuziehen.  
Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die eingezogenen Lastschriften einzulösen.  
Die Einzugsermächtigung gilt bis auf Widerruf.