DocMorris

Bestellschein

Bitte in **Großbuchstaben** ausfüllen!

9W153-002

Anschrift

☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers ☐ Keine Angabe

Vorname Nachname

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Tel. tagsüber (auch mobil) für Rückfragen und pharmazeutische Beratung = **Pflichtfeld**

Geburtsdatum = **Pflichtfeld** Kundennummer

Lieferadresse

Falls abweichend von Ihrer Anschrift. Bitte bei **jeder Bestellung** angeben.

Vorname Nachname

Firma/Adresszusatz

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Bankdaten (Bitte **keine** Kreditkartendaten)

☐ Ich zahle bequem per **SEPA-Lastschrift.**

☐ Ich zahle per **Rechnung** nach Erhalt meiner Medikamente.

IBAN

Bank

Kontoinhaber

Ich ermächtige das DocMorris-Schwesterunternehmen D&W Mailorder Service B.V. („D&W"), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von D&W auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Gläubiger-ID von D&W: NL28ZZZ141105780000.

Datum Unterschrift

0 €

Versandkosten

bei Rezeptbestellungen

oder

ab 19,90 € Bestellwert

– sonst nur 3,99 €

Kooperationspartner: **Mitglieds-Nr./Kennwort:**

Rezeptpflichtige Medikamente (Bitte Originalrezepte beilegen)

Ich lege ☐ **Kassenrezept(e) und / oder** ☐ **Privatrezept(e) bei.**



Falls Sie von der Zuzahlung befreit sind, bitte 1 x jährlich eine Kopie Ihres Nachweises beilegen.

Bitte beachten Sie: Da manche Anfertigungen Zeit brauchen oder nicht immer vorrätig sind, helfen Ihnen unsere Pharmazeuten gerne vorab unter 0241 94269333 (Kosten gem. Tarif).

Rezeptfreie Medikamente (Bitte hier keine Medikamente von Ihrem Rezept eintragen)

PZN (Bestellnummer)[1]	Medikament / Artikel	Form (z.B. Tabl., Salbe)	Packungsgröße (z.B. 100 g, 50 Tabl.)	Anzahl / Packungen

[1] Falls zur Hand. Sie finden die Pharmazentralnummer (PZN) auf der Medikamentenpackung unter dem Strichcode.

DocMorris schützt Ihre personenbezogenen Daten nach den Bestimmungen der DSGVO. Mehr dazu auf docmorris.de/datenschutz.

Ich akzeptiere die Allgemeinen Geschäftsbedingungen von DocMorris. (Die AGB finden Sie im Internet auf docmorris.de/ueber-uns/agb).

[2] Vertragspartner: DocMorris N.V., Avantisallee 152, 6422 RA Heerlen, Niederlande, KVK-Nr. 14066093.
Verantwortlicher Vorstand: Gundula Koele-Pabst, Michael Veigel.

DocMorris

Freiumschlag für
Ihre Papier-Rezepte

Einfach ausschneiden, auf Ihren Briefumschlag kleben und **kein** Porto zahlen

Bitte gewünschte **Apotheke ankreuzen:**

☐ medpex

☐ DocMorris

TESTSIEGER
Online-Apotheken

Stiftung Warentest

GUT (2,4)

Ausgabe 06/2026

www.test.de

26BZ76

Das Porto übernehmen wir für Sie!

FK 5083 1613 00 5000 0015
KE Deutsche Post
RESPONSEPLUS STANDARD

DocMorris & medpex
Apotheke DocMorris
52098 Aachen

Wichtige Infos zu Ihrer Bestellung

Bitte legen Sie den Bestellschein auch bei reinen Rezeptbestellungen bei und notieren Sie die Anzahl der Rezepte. Ihre Adresse benötigen wir nur, wenn diese vom Rezept abweicht.

Ihre Vorteile

- **Versandkostenfrei:** Bestellen Sie weitere Produkte einfach mit.
- **Individuelle Rezepturen:** Da manche Anfertigungen Zeit brauchen oder nicht immer vorrätig sind, helfen Ihnen unsere Pharmazeuten gerne vorab unter 0241 94269333 (Kosten gem. Tarif).