



Bitte Kundennummer angeben, falls vorhanden.

## So erreichen Sie uns:

Postanschrift:

**Familienapotheke**  
**Lindenstraße 40**  
**36037 Fulda**

Telefon: **06 61- 480 488 0**

Mo.-Fr.: 9.00 Uhr bis 19.00 Uhr

Sa.: 9.00 Uhr bis 13.00 Uhr

Fax: **06 61 - 480 488 28**

E-Mail: **info@fami-apo.de**

Internet: **www.fami-apo.de**

## Bestelleranschrift

Vorname

Nachname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon (für Rückfragen)

Geburtstag

**Alle Preise inklusive Mehrwertsteuer.**

PZN (Bestellnummer)*	Artikelbezeichnung	Anzahl/Packung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\*Zur Bearbeitung unbedingt angeben.

**Versandkosten:** ▶ kostenfreie Lieferung ab einem Warenwert von nur € 25,00  
▶ Versandkostenpauschale von € 2,95 bei einem Bestellwert unter € 25,00

## Bezahlung

Ich zahle bequem per Bankeinzug.

Kontonummer

BLZ

Bank

Kontoinhaber

Datum

**X**  
Unterschrift

## Zustellanschrift, falls abweichend von Bestelleranschrift

Vorname

Nachname

Firma

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort