FAX. MAIL OF POST NAAR:
+ 31 (0)79 3631 388

Weleda Bereidingsapotheek
Platinastraat 161
2718 SR Zoetermeer, Nederland
apotheek@weleda.nl

GENEESMIDDELEN BESTELFORMULIER

Weleda Bereidingsapotheek
Tel.: + 31 (0)79 3631 377
apotheek@weleda.nl
Nederland

Naam rekeninghouder:

Patiëntnaam: Voornaam:

Straat: Huisnummer:

Postnummer + Woonplaats:

Telefoonnummer: Fax nummer:

E-mail adres:

Geboortedatum patiënt: - - Geslacht patiënt: M / V

IBAN*:

Alle velden, graag in blokletters, verplicht invullen m.u.v. * verplicht bij betalingen middels machtiging

Bestellingen voor geneesmiddelen die niet in het Weleda Apotheek assortiment voorkomen zal Weleda namens de patiënt doorsturen aan de Linden-Apotheke Nordhorn (D)

VOORSCHRIFT

(Plak hier uw voorschrift)

Medicatie gegevens

De patiënt gebruikt andere medicijnen: JA / NEE

De patiënt is zwanger/geeft borstvoeding: JA / NEE

De patiënt is overgevoelig voor:

Andere opmerkingen:

Betalingsgegevens

☐ **Machtiging/domiciliëring**

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan Weleda Benelux SE en/of de Linden-Apotheke Nordhorn (D) om eenmalig, binnen enkele dagen, het verschuldigde bedrag van uw rekening te incasseren. Als u het achteraf niet eens bent met de afschrijving kunt u deze binnen 8 weken door uw bank laten terugvorderen.

☐ **Betaal link**

Ik wacht op een e-mail met een betaallink. Producten worden pas geleverd na ontvangst van het verschuldigde bedrag.

Ondertekening

Plaats, datum

Handtekening:

Per levering zullen er verwerkingskosten in rekening worden gebracht . Bestellingen voor geneesmiddelen die niet in het Weleda Apotheek assortiment voorkomen zullen namens de patiënt worden doorgestuurd naar de Linden-Apotheke Nordhorn (D).