

## Bestellschein

### Rechnungsadresse

Vorname:

Nachname:

Geburtstag:

Straße:

PLZ / Ort:

Tel-Nr.:

Fax-Nr.:

Ich wünsche eine Lieferung meiner Bestellung an folgende Anschrift:

Vorname:

Nachname:

Straße:

PLZ / Ort:

Email:

Kunden-Nr.:   
(falls vorhanden)

Hiermit bestelle ich nachfolgend aufgeführte Gesundheitsprodukte bzw. Arzneimittel zu den mir bekannten Geschäftsbedingungen (AGB). (Hinweis: Unsere AGB finden Sie im Internet unter [www.ipill.de](http://www.ipill.de))

| Bestell.-Nr. / PZN<br><small>(7-stellige Nr. auf der Packung)</small> | Artikelbezeichnung | Packungsgröße<br><small>(z.B. 20 Tbl.)</small> | Menge | Gesamtpreis<br><small>(in Euro; falls bekannt)</small> |
|---|--------------------|--|-------|--|
|   |                    |  |       |  |
|   |                    |  |       |  |
|   |                    |  |       |  |
|   |                    |  |       |  |
|   |                    |  |       |  |
|   |                    |  |       |  |
|   |                    |  |       |  |
|   |                    |  |       |  |
|   |                    |  |       |  |

Für die rezeptpflichtigen Arzneimittel lege ich meiner Bestellung  Originalrezepte bei. (Hinweis: Bitte füllen Sie bei Bestellung von rezeptpflichtigen Arzneimitteln unseren Gesundheitsfragebogen aus und legen diesen ihrer Bestellung bei. Dieser hilft uns, Sie optimal zu versorgen und mögliche Wechselwirkungen und Medikamentenunverträglichkeiten festzustellen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und keinesfalls an Dritte weitergegeben!)

### Bitte Zahlungsart wählen und ankreuzen:

Ich zahle per SEPA-Lastschrift\*\*

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Datum/Unterschrift:

Ich zahle per Vorkasse

Unsere Bankverbindung lautet:  
 Kontonummer: DE69 3006 0601 0135 9507 21  
 Bankleitzahl: DAAEDEDXXX  
 Institut: Deutsche Apotheker- u. Ärztebank

Ich zahle per Rechnung

Die Zahlung per Rechnung ist ausschließlich Stammkunden vorbehalten, die bereits zuvor bei ipill bestellt haben. (Zahlungsziel 10 Tage)

Ich zahle per Nachnahme

(zzgl. 6,95 EUR Nachnahmegebühren)

Mit meiner Unterschrift erteile ich ipill.de über die geschuldete Zahlung eine Einzugsermächtigung für das genannte Konto. Ich versichere, dass das angegebene Konto die erforderliche Deckung aufweist bzw. ich über das angegebene Fremdkonto uneingeschränkt verfügungsberechtigt bin.

Ich zahle mit paypal  
(Bitte senden Sie Ihre Zahlung als Vorkasse an [pay@ipill.de](mailto:pay@ipill.de))

### Freundschaftswerbung/KwK

Sollten Sie von einem ipill-Kunden geworben wurden, tragen Sie bitte hier die Kundennummer des Werbers ein.

Ort, Datum

Unterschrift

(Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die AGB von ipill.de)