

Testen Sie uns: Rezept einsenden – Bonus sichern!

Bis zu
5,- €
BONUS
für jedes rezeptpflichtige
Medikament!

DocMorris- Rezeptbonus*

Für **jedes rezeptpflichtige Medikament** erhalten Sie einen **Rezeptbonus** von **mindestens 2,50 Euro**. Für zuzahlungspflichtige Medikamente erhalten Sie sogar einen Rezeptbonus in Höhe der halben gesetzlichen Zuzahlung – das sind bis zu **5,- Euro**. Natürlich liefert DocMorris rezeptpflichtige Medikamente versandkostenfrei.

*Der Rezeptbonus gilt exklusiv im Versand und nur, wenn Sie uns Ihr Rezept per Post zusenden.

Ihre Bestellung zahlen Sie bequem per Rechnung oder Bankeinzug. Den Bonus verrechnen wir direkt mit Ihrem Rechnungsbetrag. Privat Versicherte erhalten von jedem Rezept eine beglaubigte Kopie zur Abrechnung mit der Krankenkasse.

Bitte den angehängten Bestellschein ausfüllen und zusammen mit Ihrem Rezept in den Freiumschatz stecken und an Versandapotheke DocMorris, Postfach, 52098 Aachen senden.

Noch Fragen?
Weitere Informationen
erhalten Sie auf
www.docmorris.de



So einfach geht's:



*Privat Versicherte erhalten von jedem Rezept eine beglaubigte Kopie zur Abrechnung mit der Krankenkasse.

Wichtig! Zur schnellen und fehlerfreien Bearbeitung benötigen wir einen ausgefüllten Bestellschein.



Bitte in **Großbuchstaben** ausfüllen!

9L141-002

DocMorris schützt Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten nach den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.

Anschrift Frau Herr

Vorname _____ Nachname _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon tagsüber – auch Mobiltelefon (für Rückfragen) _____

Geburtsdatum _____

Lieferadresse

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

Vorname _____ Nachname _____

Firma/Adresszusatz _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Bankdaten

Ich zahle bequem per **Bankeinzug.** Ich zahle per **Rechnung** nach Erhalt meiner Medikamente.

Kontonummer _____ BLZ _____

Bank _____

Kontoinhaber _____

Hiermit ermächtige ich DocMorris bis auf Widerruf, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zulasten meines Kontos per Lastschrift einzuziehen.

Datum _____ Unterschrift _____

VERSAND

€ **0,-**

Übrigens:

Rezeptbestellungen sind generell versandkostenfrei!

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

Rezeptpflichtige Medikamente

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

(Bitte diese Medikamente nicht gesondert unten in die Bestellzeilen eintragen.)

Falls Sie von der Zuzahlung befreit sind, legen Sie bitte einmal jährlich eine Kopie Ihres Befreiungsnachweises bei.

Ja, **bitte schicken Sie mir kostenlos mein persönliches Medikationsprofil.**

Haben Sie Fragen zu Ihrer Medikation?

Zu Wechselwirkungen, zur Dosierung oder zu unerwünschten Wirkungen? Rufen Sie uns an, wir beraten Sie gerne:

0180 5 - 48 44 44 (14 ct/min*)

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

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

**Sie finden die 7-stellige Pharma-Zentralnummer (PZN) auf der Medikamentenpackung unter dem Strichcode.

Reichen Sie Ihre Rezepte bei uns ein.

Einfach ausschneiden, auf Ihren Briefumschlag kleben und Porto sparen

DocMorris 
Meine **neue** Apotheke

Das Porto
zahlen wir
für Sie!

**EILT!
BITTE BEVORZUGT
BEARBEITEN.**

Antwort

**Versandapotheke DocMorris
Postfach
52098 Aachen**

DocMorris 
Meine **neue** Apotheke

Das Porto
zahlen wir
für Sie!

**EILT!
BITTE BEVORZUGT
BEARBEITEN.**

Antwort

**Versandapotheke DocMorris
Postfach
52098 Aachen**