



Bestellschein

Bitte in **Großbuchstaben** ausfüllen!

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: NL28ZZ141105780000.

Datum _____ Unterschrift _____

0 €

Versandkosten

bei Rezeptbestellungen

oder

ab 19,90 € Bestellwert

– sonst nur 3,49 €

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 0621 39731700 (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.

Einfach ausdrucken und Rezept bei medpex einreichen.

Ausschneiden • Auf ein Kuvert kleben • Fertig!

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

Haben Sie den Bestellschein ausgedruckt? Legen Sie diesen bitte dem Rezept bei. Vergessen Sie nicht Ihre Telefonnummer und E-Mail-Adresse für eventuelle pharmazeutische Rückfragen.

Bitte beachten Sie:

Manche individuell anzufertigende Arzneimittel (Rezepturen) sind bei uns nicht erhältlich oder die Anfertigung kann länger dauern. Bitte wenden Sie sich vor Bestellung einer Rezeptur an unseren Kundenservice unter 0621 39731700 (Kosten gem. Tarif)