





BESTELLSCHEIN

per Fax 0681 91 00 55 029
per E-Mail bestellung@internet-apotheke.de

per Post

Viktoria Apotheke Dr. Fritz Trennheuser – Versand Bahnhofstraße 95-97, 66111 Saarbrücken

PPC nach Dr. Franz Hasengschwandtner

Bestellschein gültig ab 01.01.2023

Verschreibungspflichtige Rezeptur

Menge	Artikel-Nr.	Artikel (Lösu	ng zur iV. Infusion)	Inhalt	Preis (inkl. MwSt.)
		PPC (nach Dr. Darreichungsform:	Franz Hasengschwandtner) Lösung zur iV. Infusion nach Verdünnung mit 5% Zuckerlösungen (Glukose-Lösungen)		
		Hinweis:	Lagerung bei 2-8°C		
	01282247	Bestandteile je 5 ml:	Reines Phosphatidylcholin aus der Sojabohne 250 mg, Natriumdesoxycholat 125 mg, alpha-Tocopherol 0,55 mg, Benzylalkohol 45 mg, Wasser	10×5ml	159,00 €
		Anwendung:	Behältnis zur keimarmen Entnahme als Einmaldosis durch einen Therapeuten. Zum unmittelbaren Verbrauch bestimmt.		
		Bitte Beachten:	Vor Verabreichung die Lösung auf Raumtemperatur bringen		
		Haltbarkeit:	6 Monate		

Weitere Informationen zur Anwendung des PPC können Sie beim NETZWERK-Globalhealth (NETZWERK-Lipolyse) erhalten: Per Mail unter material@network-globalhealth.com oder telefonisch unter +49 (0) 25 08 - 21 59-300

RECHNUNGSADRESSE

Ihre Kunden-Nr., wenn Sie bereits Kunde sind:						
Arzt	Arzt Heilpraktiker Endverbraucher					
PRAXIS						
FRAU/HERR						
STRASSE, NR.						
PLZ, ORT						
FON						
FAX						
MAIL						

LIEFERADRESSE

PRAXIS	
FRAU/HERR	
STRASSE, NR.	
PLZ, ORT	
FON	
FAX	

Bitte nur ausfüllen, wenn die Lieferadresse von der Rechnungsadresse abweicht.

Versandbedingungen: Da es sich um Kühlware handelt, erfolgt der Versand mit ThermoMed. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir Versandkosten in Höhe von 18,50 € berechnen. Besteller wird gebeten, die Kosten für eine Lieferung außerhalb von Deutschland bei der Bestellung zu erfragen. Hinweis: Saisonal bedingte Änderungen der Versandkosten sind vorbehalten.

IBAN BANK KONTOINH. SEPA-Lastschriftmandat: Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Viktoria Apotheke Dr. Fritz Trennheuser e.K. die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unsere: Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die von der Viktoria Apotheke Dr. Fritz Trennheuser e.K. auf mein/unser Knoto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Gläubiger-Identifikationsnummer: DE55ZZZ00000352350.	ZAHLART	Rechnung	Lastschrift	Vorkasse
BANK KONTOINH. SEPA-Lastschriftmandat: Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Viktoria Apotheke Dr. Fritz Trennheuser e.K. die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unsere Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die voler Viktoria Apotheke Dr. Fritz Trennheuser e.K. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kredi-				
KONTOINH. SEPA-Lastschriftmandat: Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Viktoria Apotheke Dr. Fritz Trennheuser e.K. die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unsere Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die von der Viktoria Apotheke Dr. Fritz Trennheuser e.K. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kredi-	IBAN			
SEPA-Lastschriftmandat: Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Viktoria Apotheke Dr. Fritz Trenn- heuser e.K. die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unsere: Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die von der Viktoria Apotheke Dr. Fritz Trennheuser e.K. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kredi-	BANK			
heuser e.K. die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unsere Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die von der Viktoria Apotheke Dr. Fritz Trennheuser e.K. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kredi-	KONTOINH.			
	heuser e.K. die von mit Kontos mittels Lastsch der Viktoria Apotheke einzulösen. Ich kann ir Erstattung des belaste	r/uns zu entrichtende rift einzuziehen. Zugl Dr. Fritz Trennheuser inerhalb von acht Wo ten Betrages verlange	n Zahlungen bei Fällig eich weise ich mein/u e.K. auf mein/unser Ko chen, beginnend mit o en. Es gelten dabei die	gkeit zu Lasten meines/unsere nser Kreditinstitut an, die von onto gezogenen Lastschriften dem Belastungsdatum, die e mit meinem/unserem Kredi-
	KUNTAKT			

VIKTORIA APOTHEKE DR. FRITZ TRENNHEUSER E.K.

bene Kontaktdaten der Viktoria Apotheke widerrufen

Sie erreichen uns persönlich Montag bis Freitag von 08:30 Uhr bis 17 Uhr

lch akzeptiere die unter www.internet-apotheke.de einzusehenden Allgemeinen Geschäftsbedingungen, Datenschutzbestimmungen und Widerrufs-

belehrungen und erkläre ausdrücklich meine Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner genannten Daten. Die von mir angegebenen persönlichen Daten und Gesundheitsdaten werden zur Vertragserfüllung, Abrechnung und zu sonstigen legitimen Geschäftszwecken genutzt. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Ich kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft an angege-

STEMPEL, UNTERSCHRIFT

Bahnhofstr. 95-97 • 66111 Saarbrücken **FON** 0681 910 055 024 / -026

Bitte bestätigen:

ORT, DATUM