



# Rosen Apotheke

...wir beraten Sie!

Die Apotheken-Belieferung soll durch die Rosen Apotheke, Schillerstrasse 7, 75038 Oberderdingen erfolgen. Telefon: 07045/524, Email: info@apotheke-od.de

## Bewohner:

Name, Vorname: .....

Geburts-Datum: .....

Hausarzt: .....

Krankenkasse: .....

Etage, Zimmer-Nr.: .....

Zuzahlungs-Befreit:  Nein  Ja (bitte Kopie des Ausweises beifügen)

## Zahlungsweise:

Einzugsermächtigung  
Hiermit ermächtige ich die Rosen Apotheke widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber/Bevollmächtigter: .....

Kontonummer: .....

Bankleitzahl: .....

Rechnung

Name, Vorname: .....

Strasse: .....

Plz Ort: .....

Telefon: .....

Ich bin mit der Speicherung meiner Daten, jederzeit widerruflich, einverstanden – die Angaben sind vertraulich und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift