

## Anschrift

☐ Frau ☐ Herr

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber (auch mobil) für Rückfragen = **Pflichtfeld** \_\_\_\_\_

Geburtsdatum = **Pflichtfeld** \_\_\_\_\_

## Lieferadresse

Falls abweichend von Ihrer Anschrift

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

**Gratis  
Lieferung<sup>\*\*\*</sup>  
nach Hause!**

bei Bestellungen  
mit Rezept

**Rezepte & Bestellformular  
mit Freiumschlag portofrei  
einschicken!**

\* bei Bestellungen mit Rezept oder ab 69,00 Euro Bestellwert.  
Ansonsten Versandkostenanteil nur 4,85 Euro.  
\*\* ausgenommen Kühlartikel und Betäubungsmittel

## Bezahlen

☐ SEPA-Lastschrift ☐ Rechnung

IBAN \_\_\_\_\_

Bank / BIC \_\_\_\_\_

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die Kosmas Apotheke MACHE Nellingen e.K. einmalig eine Zahlung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Kosmas Apotheke MACHE Nellingen e.K. auf mein Konto gezogene Lastschrift 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: DE74KOS00000319028, Mandatsreferenz: Kundennummer.

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

## Rezeptpflichtige Medikamente

Ich lege meiner Bestellung ☐ **E-Rezept(e)** und/oder ☐ **Privatrezept(e)** bei  
Falls Sie von der Zuzahlung befreit sind, bitte 1x jährlich eine Kopie Ihres Nachweises beilegen.



## Rezeptfreie Medikamente und Produkte

| PZN (Artikelnummer) | Medikament/Artikel | Packungsgröße<br>(z.B. 100g, 50 Stück) | Anzahl<br>Packungen |
|---------------------|--------------------|----------------------------------------|---------------------|
|                     |                    |                                        |                     |
|                     |                    |                                        |                     |
|                     |                    |                                        |                     |
|                     |                    |                                        |                     |
|                     |                    |                                        |                     |
|                     |                    |                                        |                     |
|                     |                    |                                        |                     |

Gutschein-Code: \_\_\_\_\_

### Ihr Auftrag kann ohne folgende Bestätigungen nicht bearbeitet werden

☐ JA, mir ist bekannt, dass ich die Nährwertangaben / Pflichtangaben der hier beworbenen Artikel auf [www.apo-in.de](http://www.apo-in.de) im Internet einsehen kann oder diese über einen Anruf unter: 0711-24 888 988 erhalte.

☐ Hinweise zum Datenschutz: Mit der Übersendung des Bestellformulars willige ich in die Nutzung und Verarbeitung meiner Daten durch die Kosmas Apotheke MACHE ein (Art. 6 Abs. 1 Unterabsatz 1 Buchst. a DSGVO). Dies gilt ebenso für Speicherung und Verarbeitung sensibler Daten (Art. 9 Abs. 2 Abs. 1 Buchst. a DSGVO). Die hier erhobenen Daten (Anschrift, Lieferadresse) benötigen wir, um diese und künftige Bestellungen für Sie korrekt durchzuführen. Die Angaben Geburtsdatum und telefonische Erreichbarkeit benötigen wir, um gemäß den apothekenrechtlichen Vorschriften sicherzustellen, dass wir Sie kostenfrei beraten können, sofern dies notwendig ist. Die zum Post-Versand notwendigen Daten werden an unseren Lieferpartner übermittelt. Mit der Einreichung eines Rezepts Ihrer gesetzlichen Krankenkasse geben wir die zur Abrechnung notwendigen Daten an Ihre Krankenkasse weiter. Sie können eine bereits erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen. Dazu reicht z.B. eine formlose Mitteilung per E-Mail an uns. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt vom Widerruf unberührt. Sie haben das Recht, Daten, die wir auf Grundlage Ihrer Einwilligung oder in Erfüllung eines Vertrags automatisiert verarbeiten, an sich oder an einen Dritten in einem gängigen, maschinenlesbaren Format aushändigen zu lassen. Sofern Sie die direkte Übertragung der Daten an einen anderen Verantwortlichen verlangen, erfolgt dies nur, soweit es technisch machbar ist. Sie haben im Rahmen der geltenden gesetzlichen Bestimmungen jederzeit das Recht auf unentgeltliche Auskunft über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten, deren Herkunft und Empfänger und den Zweck der Datenverarbeitung und ggf. ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung dieser Daten. Hierzu sowie zu weiteren Fragen zum Thema personenbezogene Daten können Sie sich jederzeit unter der im Impressum angegebenen Adresse an uns wenden. Ich akzeptiere die allgemeinen Geschäftsbedingungen der Kosmas Apotheke MACHE. Diese finden Sie auf [www.apo-in.de](http://www.apo-in.de). Kosmas Apotheke MACHE Nellingen e.K., Sitz der Gesellschaft: Ostfildern, Amtsgericht Stuttgart HRB 212399 - Ust.-Id.-Nr. DE 147684726. Mein Widerrufsrecht und die Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen. Diese kann ich unter [www.apo-in.de](http://www.apo-in.de) einsehen. Lieferung nur innerhalb Deutschlands, Lieferzeit 2 Werktage ab Bestelleingang/Rezepteingang mit DHL-Standard-Paket.

**Wechselwirkungsprüfung:** Selbstverständlich prüfen wir jede Bestellung auf mögliche Wechselwirkungen zwischen Ihren bei uns gekauften Arzneimitteln. Wenn wir ein Risiko erkennen, werden Sie umgehend informiert.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift (Nicht vergessen!) \_\_\_\_\_

## Widerrufsrecht

Der Kunde hat grundsätzlich ein Widerrufsrecht nach Maßgabe der unten abgedruckten Widerrufsbelehrung. Das Widerrufsrecht besteht nur für Verbraucher. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei a) Artikeln, die nicht vorgefertigt sind und für deren Herstellung eine individuelle Auswahl oder Bestimmung durch den Verbraucher maßgeblich ist oder die eindeutig auf die persönlichen Bedürfnisse des Verbrauchers zugeschnitten sind, oder b) Artikeln, die schnell verderben können oder deren Verfallsdatum schnell überschritten würde oder c) versiegelten Waren, die aus Gründen des Gesundheitsschutzes oder der Hygiene nicht zur Rückgabe geeignet sind, wenn ihre Versiegelung nach der Lieferung entfernt wurde.

Machen Sie von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch, haben Sie die unmittelbaren Kosten der Rücksendung zu tragen, wenn die gelieferte Ware der bestellten entspricht. Anderenfalls ist die Rücksendung für Sie kostenfrei.

## Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht: Sie haben das Recht, binnen vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt vierzehn Tage ab dem Tag, an dem Sie oder ein von Ihnen benannter Dritter, der nicht der Beförderer ist, die letzte Ware in Besitz genommen haben bzw. hat. Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns apoin I Die Versandapotheke, Kronenstr. 30, 73760 Ostfildern - Tel.: 0711 - 24 888 988 - Fax: 0711 - 24 888 985 - E-Mail: [widerruf@apo-in.de](mailto:widerruf@apo-in.de) - mittels einer eindeutigen Erklärung (z.B. ein mit der Post versandter Brief, Telefax oder E-Mail) über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren. Sie können dafür das unter [www.apo-in.de/apoin\\_widerruf.pdf](http://www.apo-in.de/apoin_widerruf.pdf) zur Verfügung gestellte Muster-Widerrufsformular verwenden, das jedoch nicht vorgeschrieben ist. Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

## Widerrufsfolgen

Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, haben wir Ihnen alle Zahlungen, die wir von Ihnen erhalten haben, einschließlich der Lieferkosten (mit Ausnahme der zusätzlichen Kosten, die sich daraus ergeben, dass Sie eine andere Art der Lieferung als die von uns angebotene, günstigste Standardlieferung gewählt haben), unverzüglich und spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag zurückzuzahlen, an dem die Mitteilung über Ihren Widerruf dieses Vertrags bei uns eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel, das Sie bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt haben, es sei denn, mit Ihnen wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart; in keinem Fall werden Ihnen wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet. Wir können die Rückzahlung verweigern, bis wir die Waren wieder zurückerhalten haben oder bis Sie den Nachweis erbracht haben, dass Sie die Waren zurückgesandt haben, je nachdem, welches der frühere Zeitpunkt ist. Sie haben die Waren unverzüglich und in jedem Fall spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag, an dem Sie uns über den Widerruf dieses Vertrags unterrichten, an uns apoin I Die Versandapotheke, Kronenstr. 30, 73760 Ostfildern zurückzusenden oder zu übergeben. Die Frist ist gewahrt, wenn Sie die Waren vor Ablauf der Frist von vierzehn Tagen absenden. Sie tragen die unmittelbaren Kosten der Rücksendung der Waren. Sie müssen für einen etwaigen Wertverlust der Waren nur aufkommen, wenn dieser Wertverlust auf einen zur Prüfung der Beschaffenheit, Eigenschaften und Funktionsweise der Waren nicht notwendigen Umgang mit ihnen zurückzuführen ist.

## Ende der Widerrufsbelehrung

Nur für Verbraucher:

## Muster-Widerrufsformular

Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es zurück.

Per Post an:

apo-in Versandapotheke, Kronenstr. 30, 73760 Ostfildern

oder

Per E-Mail:

widerruf@apoin.de

oder

Per Fax an: 0711 / 24 888 985

Hiermit widerrufe(n) ich/wir den von mir/uns abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren / die Erbringung der folgenden Dienstleistung:

.....  
.....  
.....  
.....

(Name der Ware, ggfs. Bestellnummer und Preis):

Ware bestellt am: ..... (Datum)

Ware erhalten am: ..... (Datum)

Name und Anschrift des Verbrauchers: .....

(ggfs. Kundennr.): .....

Datum .....

Unterschrift Kunde (Verbraucher) (nur bei schriftlichem Widerruf)