

**Cosmos Apotheke**

**M 7,14**  
**68161 Mannheim**

.....  
Kundennummer

.....  
Name und Vorname

.....  
Straße und Hausnummer ggf. Lieferadresse

.....  
Postleitzahl Ort ggf. Lieferadresse

.....  
E-Mail / Telefon

Ich bestelle bei der Cosmos Apotheke, die im folgenden mit der gewünschten Menge markierte Rezeptur und beauftrage die Univer- sum Apotheke, diese Rezeptur herzustellen. **Apothekenpflichtig**

Menge	Einheit	Rezeptur / Artikelname	Zusammensetzung je 1 Kapsel
	<b>160 St.</b>	<b>BIOPHLOGONT II</b> Kapseln	1 Kapsel enthält: Pulverisiertes afrikanisches Weihrauchharz 300 mg Aerosil Typ 200 q.s. (Fließmittel, Hilfsstoff ohne Wirksamkeit)

Die Rezepturnamen vermeiden Verwechslungen und dienen der sicheren Anwendung. Unter diesen Namen werden diese Rezepturen nur in unseren Apotheken geführt.

Die Zusendung erfolgt nach Fertigstellung der Rezeptur. Einzelne Rezepturen werden aufgrund häufiger ärztlicher Verordnungen bevorratet. Es ist **keine Rückgabe** der hergestellten Rezepturen möglich.

Die allgemeinen Geschäftsbedingungen, die aktuellen **Verkaufspreise**, die **Porto- und Verpackungskosten** sowie weitere **Informationen** über die Rezeptur erfahren Sie über unsere Homepage [www.coapo.de](http://www.coapo.de) nach Eingabe des Rezepturnamens im Suchfeld.

Bei Neukunden ohne ein SEPA-Basislastschrift-Mandat erfolgt die Lieferung nach Zahlungseingang aufgrund einer Vorkasse-Rechnung.

Bei Bestandskunden und Neukunden mit einem SEPA Basislastschrift-Mandat erfolgt die Lieferung auf Rechnung. Neukunden nur bei einem Auftragswert unter 100 Euro.

Bei Bestandskunden ohne SEPA-Basislastschrift-Mandat erfolgt die Lieferung auf Rechnung. Der Zahlungseingang wird innerhalb von 14 Tagen ab Rechnungsdatum erwartet.

Bitte füllen Sie das Formular aus, unterschreiben es, fügen Sie ggf. die ärztliche Verordnung bei (rechts erstellt) und senden uns alles per Brief, FAX oder Mail zu.

Wir benötigen für Rückfragen Ihre Rufnummer / E-Mail-Adresse.

Verschreibungspflichtige Rezepturen werden nur ausgeliefert, wenn Sie uns die Verordnung im Original per Post zusenden.

**Privatrezept** ausgestellt für:

Name und Vorname:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl Ort:

Geburtsdatum:

<b>Rp.</b>	Gültigkeitsdauer:	12 Monate
Rezepturzusammensetzung: 1 Kapsel enthält:		
Pulverisiertes afrikanisches Weihrauchharz		300 mg
Aerosil Typ 200		q.s.
(Fließmittel, Hilfsstoff ohne Wirksamkeit)		
M.f.capsulae	160 Kapseln	
S. Morgens 2 und abends 2 Kap.; akut: morgens 4 und abends 2 Kap.; Kinder unter 16 Jahren, halbe Dosis, zum Essen; „BIOPHLOGONT II Kapseln“		

Arzt / Ärztin oder Heilpraktiker / Heilpraktikerin:

Name Vorname  
Straße Hausnummer  
Postleitzahl Ort  
Berufsbezeichnung  
Telefonnummer

Datum                      Unterschrift Auftraggeber / in

Datum                      Unterschrift / Stempel