

IHR DIASHOP-FREIUMSCHLAG FÜR DIE NÄCHSTE BESTELLUNG

So einfach geht's:

- ▶ **1.**
Vorlage ausdrucken, ausschneiden und auf einen Briefumschlag kleben.
 - ▶ **2.**
Rezept in den Umschlag legen (wenn Sie Produkte ohne Rezepte bestellen, bitte mit dem beigefügten Bestellformular).
 - ▶ **3.**
Ab in den Briefkasten. Das Porto übernehmen wir für Sie.
- Sie erhalten umgehend Ihren Diabetesbedarf per Post. Rezepte rechnen wir direkt mit Ihrer Krankenkasse ab.

**Wenn Sie Fragen haben, berät Sie unser Expertenteam gerne unter der Servicenummer:
0800/88 99 00 3 (gebührenfrei)**



Das Porto
übernehmen
wir für Sie



Für Ihre Rezept- oder
Privatbestellung



Ohne Zuzahlung



Für jede Bestellung ein
kleines Geschenk

Deutsche Post 
ANTWORT

DIASHOP GmbH
Geschäftsstelle Teublitz
Maxhütter Straße 7
93158 Teublitz



BESTELLFORMULAR

Hiermit bestelle ich folgenden Artikel:

Ich bestelle gemäß beiligendem Rezept

Kat.-Nr.	Artikel	Anzahl	Preis
----------	---------	--------	-------

Kat.-Nr.	Artikel	Anzahl	Preis
----------	---------	--------	-------

Kat.-Nr.	Artikel	Anzahl	Preis
----------	---------	--------	-------

Kat.-Nr.	Artikel	Anzahl	Preis
----------	---------	--------	-------

Kat.-Nr.	Artikel	Anzahl	Preis
----------	---------	--------	-------

Ort, Datum Unterschrift

Versandkostenfrei bei allen Bestellungen mit Kassen- oder Privatrezept, allen Privatbestellungen in Kombination mit einem Kassen- oder Privatrezept, Privatbestellungen ab 29,-€, darunter zzgl. 4,10 € Versandkostenpauschale. Die Ware bleibt bis zur vollständigen Bezahlung Eigentum der DIASHOP GmbH.

Ich bezahle mit:

Rechnung Nachnahme (4,50 € + 2,- € Übermittlungsentgelt, das der Zusteller zusätzlich vor Ort erhebt)

Vielen Dank für Ihre Bestellung.

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Bestellschein mit Ihren persönlichen Angaben (Rückseite) zusammen mit dem Rezept Ihres Arztes an:

DIASHOP GmbH
Maxhütter Str. 7
93158 Teublitz*

oder per Fax:
0800/88 99 00 4 (gebührenfrei)

*Nutzen Sie unseren Freiumschat, das Porto übernehmen wir für Sie.

Persönliche Angaben:

Bitte füllen Sie die folgenden Angaben nur dann aus, wenn die Lieferadresse von der Rezeptadresse abweicht.

Hausadresse abweichende Lieferadresse dauerhaft abweichende Lieferadresse einmalig

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kunden-Nr. (falls vorhanden) Geburtsdatum

Telefon-Nr. tagsüber Krankenkasse

Zuzahlungsbefreit für gesetzliche Zuzahlung nach § 62 SGBV

Ja (Bitte Kopie der Zuzahlungsbefreiung beilegen) Nein

Platz für Ihre Anmerkungen oder Anregungen:

Helfen Sie uns, noch besser zu werden:

Einwilligung in die Verwendung meiner personenbezogenen Daten zu Zwecken der Werbung und Beratung
Ich möchte gerne aktuelle Informationen zum Thema Diabetes und zu Ihren Angeboten erhalten. Zu diesem Zweck willige ich ein, dass Sie meine persönlichen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, E-Mail) sowie gesundheitsbezogene Daten zu meiner Therapie (z. B. Therapieform, ICT, CT, Insulinpumpe, etc.) zu Zwecken der individuellen Erstellung und Versendung ausgewählter Informationen sowie zur bedarfsgerechten Gestaltung unserer Angebote

per E-Mail (Newsletter) per Post

verwendet werden. Eine Weitergabe dieser Daten an Dritte erfolgt nicht. (Bitte die gewünschten Optionen ankreuzen, Danke!) Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der DIASHOP GmbH (Teublitz, Maxhütter Str. 7, 93158 Teublitz, Tel. 0800/88 99 00 3, E-Mail: info@diashop.de) widerrufen. Ich weiß, dass die Leistungen von DIASHOP GmbH unabhängig davon erbracht werden, ob ich meiner Einwilligung erteile oder widerrufe.

Ort, Datum Unterschrift