

**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 Universum Apotheke, diese Rezeptur herzustellen. **Apothekenpflichtig**

Menge	Einheit	Rezeptur / Artikelname	Zusammensetzung je 1 ml Lösung
	<b>10 ml</b>	<b>BIOMYKOL</b> Nasenspray	1 ml Lösung enthält: Nystatin 200.000 I.E. Emser Salz 10 mg Aqua purificata ad 1,0 g

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

Die Zusage 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 ml Lösung enthält:		
Nystatin	200.000 I.E.	
Emser Salz	10 mg	
Aqua purificata	ad 1,0 g	
M.f.solutio		10 ml Nasenspray
S. 3 x täglich 1 Sprühstoß in jedes Nasenloch sprühen; „BIOMYKOL Nasenspray“		

Arzt / Ärztin oder Heilpraktiker / Heilpraktikerin:

Name Vorname  
Straße Hausnummer  
Postleitzahl Ort  
Berufsbezeichnung  
Telefonnummer

Datum                      Unterschrift Auftraggeber / in

Datum                      Unterschrift / Stempel