

**Legitimation zur Nutzung des Arzneimittellagers gemäß § 15 Abs. 2 Nr. 1 bis 10 der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO)**

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular mit den u.g. Unterlagen an:

**E-Mail: [vertriebsinnendienst-berlin@noweda.de](mailto:vertriebsinnendienst-berlin@noweda.de)**  
**Fax: 033764 266 190**

- Ja, ich möchte das NOWEDA-Arzneimittellager gemäß § 15 Abs. 2 ApBetrO mit meiner Apotheke nutzen.

\_\_\_\_\_  
Apotheke

\_\_\_\_\_  
Apothekeninhaber

\_\_\_\_\_  
Adresse, Straße, PLZ Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer für Rückfragen

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Apothekenstempel

**Zur Legitimation sind folgende Unterlagen notwendig:**

Vorab:

- Apotheken-Betriebserlaubnis

Bei Abholung:

- Personalausweis/Pass des abholenden Apothekers
- Ggf. Vollmacht des Apothekeninhabers

Die gelieferten Arzneimittel werden zum jeweils gültigen Apothekeneinkaufspreis (AEK) zuzüglich Transportkosten berechnet.

Die Bezahlung erfolgt mittels Bankeinzug. Hierzu benötigen wir vorab das beiliegende SEPA-Mandat ausgefüllt und unterschrieben zurück.

# SEPA Basislastschrift-Mandat

NOWEDA Pharma-Handels-GmbH  
Apothekerstr. 1  
15749 Mittenwalde

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE64PHG00000186027  
Mandatsreferenz:  
Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die NOWEDA Pharma-Handels-GmbH Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der NOWEDA Pharma-Handels-GmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

---

Name(n), Vorname(n) Kontoinhaber

---

Straße, Hausnummer

---

Postleitzahl, Ort

---

Kreditinstitut

---

IBAN

---

BIC

---

Datum, Ort, Unterschrift(en)

---

Falls der/die zahlungspflichtige(n) Kontoinhaber, der/die dieses SEPA-Lastschriftmandat erteilt/erteilen nicht zugleich Vertragspartner sondern ein sogenannter abweichender Kontoinhaber ist/sind, müssen ergänzend auch nachfolgende Angaben zum Vertragspartner mitgeteilt werden:

---

Name(n), Vorname(n) Kontoinhaber

---

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Die Vorabankündigung (Pre-Notification) erfolgt spätestens einen Tag vor Fälligkeit.