

Patienten-Bestellformular 2016

Kontaktinformationen

Patientenname*	Land	
Straße*	Telefon-Nr.*	
Postleitzahl*	E-Mail	
Ort*	Kunden-ID Nummer	

Katalog-Nr.	Artikel / Anwendung	Anzahl	Preis (inkl. MwSt. und Versand)
10009-00603 DE	gammaCore®-S, 31 Tage Anwendungszeitraum, 300 Anwendungen inkl. Gel		€ 260,00
40000-00103	Gel (leitfähig)		€ 10,00

Zahlungsoption A

Kreditkarte	<input type="radio"/> Mastercard	<input type="radio"/> VISA	Kartennummer
Bitte belasten Sie meine Kreditkarte mit dem nachfolgenden Betrag: €			Ablaufdatum (mm/jj)
Vor- und Nachname			Sicherheitscode (3 Ziff.)
Unterschrift	X		Intern
Falls Sie Ihre Angaben via Telefon übermitteln wollen, kontaktiert Sie unser Kundendienst gerne:			Kreditkartenfreigabe
Unser Call Center wird Sie anrufen, um Ihre Kreditkartenangaben aufzunehmen. Bitte tragen Sie oben Ihre Telefonnummer ein.	Ich bin von Mo-Fr erreichbar zwischen:		Datum des Anrufs
	<input type="radio"/> 9:00-11:00 Uhr <input type="radio"/> 16:00-20:00 Uhr		Transaktions-ID
Hinweis: DESITIN und seine Auftragnehmer Loxxess Pharma GmbH, Loxxess Berlin GmbH & Co KG und Ashfield MDC verwenden Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich zur Begründung und Durchführung des Vertrages mit Ihnen. (* Pflichtfeld, bitte ausfüllen)			<input type="radio"/> Bearbeitet € in Rech. gest.

Zahlungsoption B

SEPA-Lastschriftmandat	Intern
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE84DES00000322146 DESITIN ARZNEIMITTEL GMBH, Weg beim Jäger 214, 22335 Hamburg	SEPA-Geprüft
Ich ermächtige die DESITIN ARZNEIMITTEL GMBH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DESITIN ARZNEIMITTEL GMBH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.	Prüfdatum
	<input type="radio"/> Gültigkeits-Code
Name des Kontoinhabers	Mandatsreferenz (Ihre Kunden-ID#)
Kreditinstitut (Name)	Unterschrift des Kontoinhabers
BIC d. Zahlungspflichtigen	
IBAN d. Zahlungspflichtigen	
X	

Zahlungsoption C

Krankenkassenerstattung (falls anwendbar)	Intern
Nur für Patienten, die bei ihrer Krankenkasse bereits eine individuelle Rückerstattung beantragt haben.	Überprüfung Versicherung
Versicherungsnummer: Rechnungsadresse:	

Datum:	Ort:	Unterschrift: X
--------	------	--------------------



Patienten-Bestellformular 2016

Allgemein

Für die Bestellung von Produkten der DESITIN ARZNEIMITTEL GMBH (DESTITIN) gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Verfügbarkeit

Die Lieferung all unserer Produkte erfolgt in der von uns festgelegten schnellsten Lieferweise. Die Lieferzeit ist von der Produktverfügbarkeit abhängig. Wenn das Produkt verfügbar ist, wird es innerhalb von 3 bis 5 Tagen nach Erhalt der Zahlung an die angegebene Anschrift geliefert. Falls es eine Lieferverzögerung gibt, wird der betroffene Kunde über den Grund der Verzögerung und die neue geschätzte Lieferzeit informiert.

Lieferrisiko

DESTITIN trägt die Gefahr der Beschädigung oder des Verlustes der Waren während der Lieferung vom Lager zum Kunden. Im Falle einer Rücksendung trägt der Kunde das Risiko der Beschädigung oder des Verlustes der Waren.

Preise

Alle Preise verstehen sich einschließlich Mehrwertsteuer.

Zahlung

DESTITIN akzeptiert Kartenzahlungen mit Visa und Mastercard, SEPA-Lastschrift-einzug und Überweisungen.

Änderungen vorbehalten

Wir behalten uns Preisänderungen und Änderungen der Verkaufsbedingungen vor.

Rückstattung der Kosten von zurückgesandten Waren

Die Kosten von Waren, deren Rücksendung genehmigt wurde, werden innerhalb von 10 Arbeitstagen zurückerstattet. Bei Kartenzahlung erfolgt eine Rückbuchung des Kaufpreises auf das beim Kauf belastete Kartenkonto.

Schulung

Der Kunde erklärt sich einverstanden, dass DESITIN oder eine von DESITIN beauftragte Person, z.B. von der Ashfield MDC, kurz nach der Erstbestellung den Kunden kontaktiert und eine Schulung zur korrekten Anwendung des Geräts anbietet.

Gewährleistung

DESTITIN verpflichtet sich bei Unzufriedenheit (unabhängig der Gründe), innerhalb von 45 Tagen nach Erhalt des Gerätes, zur Rückerstattung des Gesamtbeitrages.* DESITIN erstattet dem Kunden in voller Höhe den Preis von Produkten, die Mängel aufweisen. Es ist wichtig, dass das Produkt nach Erhalt sorgfältig geprüft wird. Etwaige Reklamationen sollten innerhalb von 7 Tagen nach dem Lieferdatum des Produkts geltend gemacht werden. Kontaktieren Sie unser Kundenservice-Center I telefonisch unter der Nummer +49 (0) 8171 414-300 oder per E-Mail unter auftrag@loxxess-pharma.com. Geben Sie eine kurze Beschreibung des Sachverhalts, Ihren Namen und die Rechnungsnummer an, damit Ihnen weitere Anweisungen erteilt werden können. DESITIN schickt das beschädigte Gerät zur abschließenden Beurteilung an den Hersteller. (*nur bei Erstbestellungen des Gerätes, Kunde muss Schulungsmodul abgeschlossen haben, auf einen Kunden / eine Kundin beschränkt)

Datenschutz und Sicherheit

DESTITIN und seine Auftragnehmer verwenden Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich zur Begründung und Durchführung des Vertrages mit Ihnen.

Gültige Genehmigung durch einen Arzt

Bestellungen, welche ohne vorgängige ärztliche Konsultation und gültigem Eignungsformular eingehen, werden weder von DESITIN noch von ihren Vertriebspartnern akzeptiert.

Höhere Gewalt

DESTITIN haftet nicht für Verzögerungen bei der Abwicklung von Aufträgen (einschließlich Lieferung und Gewährleistung), die durch Umstände verursacht werden, auf die DESITIN keinen Einfluss hat. Beispiele für solche Umstände sind unter anderem: Arbeitskämpfe, Stromausfälle, Blitz, Brand, gesetzliche Verfügungen, Streiks oder ähnliche Ursachen, Unterbrechung von Hosts/Servern.

Kundenservice-Center I

Kundenservice-Center I der DESITIN ARZNEIMITTEL GMBH

Loxxess Pharma GmbH
Pfaffenrieder Straße 5
D-82515 Wolfratshausen

Kundenservice-Center II

Kundenservice-Center II der DESITIN ARZNEIMITTEL GMBH

Loxxess Berlin GmbH & Co. KG
Call Center
Teilestraße 26-28
D-12099 Berlin

Vertrieb in Deutschland durch:

DESTITIN Arzneimittel GmbH
Weg beim Jäger 214
22335 Hamburg
www.desitin.de