

## Rechnungsadresse

Vor- und Nachname

Straße

PLZ / Ort

Telefon\* / Telefax

E-Mail\*

## Lieferadresse (falls abweichend)

Vor- und Nachname

Straße

PLZ / Ort

Telefon\* / Telefax

E-Mail\*

Ich beauftrage die Luitpold Apotheke - medikamente-per-klick.de - mit der Abgabe folgender Medikamente:

**Name des Medikaments**

**PZN** (falls bekannt)

**Menge**

**Preis**

Name des Medikaments	PZN (falls bekannt)	Menge	Preis

**Achtung:** Bitte deutlich schreiben, sonst können wir Ihre Bestellung nicht schnell bearbeiten!

Für rezeptpflichtige Medikamente füge ich dieser Bestellung \_\_\_\_\_ (Anzahl) Rezepte bei.

Krankenkasse

Versicherungsnummer

Geburtsdatum

Tag

Monat

Jahr

- Ja, ich bin damit einverstanden, dass die Luitpold Apotheke in Bad Steben bei Fragen zum eingereichten Rezept mit dem behandelnden Arzt Rücksprache halten darf.

Ort, Datum

Unterschrift

Bei einem Bestellwert ab 15,00 € und bei Rezepten mit verschreibungspflichtigen Medikamenten erfolgt die Zustellung kostenfrei! Ansonsten berechnen wir Ihnen Versandkosten in Höhe von 3,50 €. Die Nachnahmegebühr ist stets vom Bestellenden zu tragen. Versandkosten außerhalb Deutschlands auf Anfrage ([info@medikamente-per-klick.de](mailto:info@medikamente-per-klick.de) oder Tel. +49 (0)9280 / 98 44 44).

Die Bestellung erfolgt nach Maßgabe unserer AGB. Diese finden Sie unter <https://www.medikamente-per-klick.de/AGB-Bestellschein>. Unsere Datenschutzerklärung und der Hinweis auf Ihr 14-tägiges Widerrufsrecht finden Sie im Anhang.

\* Bitte für Beratungszwecke unbedingt angeben

**Bitte tragen Sie Ihre Kundennummer ein** (falls vorhanden)

KdNr.: \_\_\_\_\_

Ich wünsche die folgende Zahlungsart (zutreffendes bitte ankreuzen):

- Lastschrift  
 Überweisung / auf Rechnung  
 Nachnahme (5,60 € Aufpreis)

### Bankverbindung bei Lastschrift

**Bitte beachten: geänderte Bankverbindung!**

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

Die Ermächtigung zum Einzug der Rechnungen, wird hiermit erteilt.  
Die Einzugsermächtigung gilt bis zum Widerruf.

### Sie haben einen Gutschein ?

Legen Sie diesen einfach dem Bestellformular im Original bei.

# Datenschutzerklärung

der Luitpold Apotheke, Inh. Herr Karlheinz Ilius e.K., Luitpoldstraße 2, 95138 Bad Steben, HRA: 3376, Amtsgericht Hof, Stand: 01/2021

## § 1 Information über die Erhebung personenbezogener Daten

1. Im Folgenden informieren wir über die Erhebung personenbezogener Daten bei Nutzung unseres Bestellformulars. Personenbezogene Daten sind alle Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind, z. B. Name, Adresse, E-Mail-Adressen, Nutzerverhalten.
2. Verantwortlicher gem. Art. 4 Abs. 7 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) ist:  
Luitpold Apotheke, Inhaber Herr Karlheinz Ilius e. K., Luitpoldstraße 2, D - 95138 Bad Steben, E-Mail: [info@medikamente-per-klick.de](mailto:info@medikamente-per-klick.de), Tel: +49 (0) 9280 / 98 44 44, Fax: +49 (0) 9280 / 98 44 479.  
Wir haben für unser Unternehmen einen externen Datenschutzbeauftragten bestellt. Sie erreichen unseren Datenschutzbeauftragten direkt unter folgender Adresse:  
  
ITs Hein GmbH  
-Datenschutzbeauftragter medikamente per Klick  
Kulmbacher Straße 27b  
95460 Bad Berneck  
  
Für Fragen rund um das Thema Datenschutz erreichen Sie unser internes Datenschutz-Team unter: [Datenschutzbeauftragter@medikamente-per-klick.de](mailto:Datenschutzbeauftragter@medikamente-per-klick.de) oder unserer Postadresse mit dem Zusatz „der Datenschutzbeauftragte“.
3. Wenn Sie über unser Bestellformular bestellen möchten, ist es für

- den Vertragsabschluss erforderlich, dass Sie Ihre persönlichen Daten angeben, die wir für die Abwicklung Ihrer Bestellung benötigen. Für die Abwicklung der Verträge notwendige Pflichtangaben sind gesondert markiert, weitere Angaben sind freiwillig. Die von Ihnen angegebenen Daten verarbeiten wir zur Abwicklung Ihrer Bestellung. Dazu können wir Ihre Zahlungsdaten an unsere Hausbank weitergeben.
4. Wenn wir Ihnen Waren liefern, geben wir Ihre Daten an das beauftragte Versandunternehmen weiter, soweit diese zur Lieferung benötigt werden.
  5. Rechtsgrundlage hierfür ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DS-GVO.
  6. Im Falle der Einsendung von Rezepten verarbeiten wir im Rahmen der Rezeptbearbeitung Ihre Gesundheitsdaten. Rechtsgrundlage hierfür ist Art. 9 Abs. 2 lit. f, h DS-GVO. Eine Verarbeitung erfolgt nur, soweit dies zur Vertragsabwicklung, zu Zwecken der Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Versorgung, der Versorgung oder Behandlung im Gesundheitsbereich oder zur Geltendmachung möglicher Ansprüche unsererseits erforderlich ist. Darüber hinaus erfolgt eine Verarbeitung zur Wahrung der pharmazeutischen Vorgaben nach §§ 17 Abs. 2a, 20 ApBetrO – insbesondere zum Zweck der pharmazeutischen Beratung. Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. c DS-GVO, Art. 9 Abs. 2 lit. h DS-GVO.
  7. Wir können die von Ihnen angegebenen Daten zudem verarbeiten,

- um Sie über weitere interessante Produkte aus unserem Portfolio zu informieren oder Ihnen E-Mails mit technischen Informationen zukommen lassen. Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f DS-GVO.
8. Wir sind aufgrund handels- und steuerrechtlicher Vorgaben verpflichtet, Ihre Adress-, Zahlungs- und Bestelldaten für die Dauer von zehn Jahren zu speichern. Allerdings nehmen wir nach [zwei Jahren] eine Einschränkung der Verarbeitung vor, d. h. Ihre Daten werden nur zur Einhaltung der gesetzlichen Verpflichtungen eingesetzt.

## § 2 Ihre Rechte

1. Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten:
  - Recht auf Auskunft,
  - Recht auf Berichtigung oder Löschung,
  - Recht auf Einschränkung der Verarbeitung,
  - Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung,
  - Recht auf Datenübertragbarkeit.
2. Sie haben zudem das Recht, sich bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns zu beschweren.

## Widerrufsbelehrung

der Luitpold Apotheke, Inh. Herr Karlheinz Ilius e.K., Luitpoldstraße 2, 95138 Bad Steben, HRA: 3376, Amtsgericht Hof, Stand: 01/2021

### Widerrufsrecht

Sie haben das Recht, binnen vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen.

Die Widerrufsfrist beträgt vierzehn Tage ab dem Tag an dem Sie oder ein von Ihnen benannter Dritter, der nicht der Beförderer ist, die Waren in Besitz genommen haben bzw. hat.

Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns, der Luitpold Apotheke, Inhaber Herr Karlheinz Ilius e.K., Luitpoldstraße 2, D - 95138 Bad Steben, Tel: +49 (0) 9280 / 98 44 44, Fax: +49 (0) 9280 / 98 44 479 E-Mail: [info@medikamente-per-klick.de](mailto:info@medikamente-per-klick.de), mittels einer eindeutigen Erklärung (z. B. ein mit der Post versandter Brief, Telefax oder E-Mail) über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren. Sie können dafür das beigefügte Muster-Widerrufsformular verwenden, das jedoch nicht vorgeschrieben ist.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

### Folgen des Widerrufs

Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, haben wir Ihnen alle Zahlungen, die wir von Ihnen erhalten haben, einschließlich der Lieferkosten (mit Ausnahme der zusätzlichen Kosten, die sich daraus ergeben, dass Sie eine andere Art der Lieferung als die von uns angebotene, günstigste Standardlieferung gewählt haben), unverzüglich und spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag zurückzuzahlen, an dem die

Mitteilung über Ihren Widerruf dieses Vertrags bei uns eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel, das Sie bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt haben, es sei denn, mit Ihnen wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart; in keinem Fall werden Ihnen wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet. Wir können die Rückzahlung verweigern, bis wir die Waren wieder zurückerhalten haben oder bis Sie den Nachweis erbracht haben, dass Sie die Waren zurückgeschickt haben, je nachdem, welches der frühere Zeitpunkt ist.

Sie haben die Waren unverzüglich und in jedem Fall spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag, an dem Sie uns über den Widerruf dieses Vertrags unterrichten, an uns, die Luitpold Apotheke, zurückzusenden oder zu übergeben.

Die Frist ist gewahrt, wenn Sie die Waren vor Ablauf der Frist von vierzehn Tagen absenden.

Sie tragen die unmittelbaren Kosten der Rücksendung der Waren. Die Kosten werden auf höchstens etwa 20,00 EUR geschätzt.

Sie müssen für einen etwaigen Wertverlust der Waren nur aufkommen, wenn dieser Wertverlust auf einen zur Prüfung der Beschaffenheit, Eigenschaften und Funktionsweise der Waren nicht notwendigen Umgang mit ihnen zurückzuführen ist.

### Ausschluss des Widerrufsrechts

Soweit die Parteien nichts anderes vereinbart haben, ist das Widerrufsrecht in folgenden Fällen ausgeschlossen:

- a) bei Verträgen zur Lieferung versiegelter Waren, die aus Gründen des Gesundheitsschutzes oder der Hygiene nicht zur Rückgabe geeignet sind, wenn ihre Versiegelung nach der Lieferung entfernt wurde. Dies betrifft z.B. Arzneimittel mit einer Versiegelung sowie Hygieneartikel und Teststreifen, soweit jeweils ihre Versiegelung geöffnet bzw. entfernt wurde.
- b) bei Verträgen zur Lieferung von Waren, die nicht vorgefertigt sind und für deren Herstellung eine individuelle Auswahl oder Bestimmung durch den Verbraucher maßgeblich ist oder die eindeutig auf die persönlichen Bedürfnisse des Verbrauchers zugeschnitten sind, z.B. bei Rezeptur Arzneimitteln.
- c) bei der Lieferung verschreibungspflichtiger Arzneimittel.
- d) bei Verträgen zur Lieferung von Waren, die schnell verderben können oder deren Verfallsdatum schnell überschritten würde.

## Muster-Widerrufsformular

(Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es zurück.)

An  
Luitpold Apotheke  
medikamente-per-klick.de  
Luitpoldstraße 2  
95138 Bad Steben

Hiermit widerrufe(n) ich / wir (\*) den von mir / uns (\*) abgeschlossenen Vertrag über den Kauf der folgenden Waren (\*) / die Erbringung der folgenden Dienstleistung (\*):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bestellt am (\*) / erhalten am (\*) \_\_\_\_\_

Name des/der Verbraucher(s) \_\_\_\_\_

Anschrift des/der Verbraucher(s) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des / der Verbraucher(s) (nur bei Mitteilung auf Papier)

(\*) Unzutreffendes streichen.