

Kontrakt for månedskonto



for egenbetaling af lægemidler og øvrige varer

Indgået mellem: **Albertslund Apotek/Hvidovre Apotek**

Og

Navn og Cpr.nr: _____

Evt. midlertidig adresse: _____

1. Baggrund for denne aftale:

Hjemmesygeplejen eller plejehjemmet har bedt om, at der oprettes en konto, så din medicin og øvrige varer ved forsendelse fra apoteket bliver debiteret. Hver måned skal der afregnes for skyldig saldo. Der opkræves et administrationsgebyr 18,75 kr./måned (dog kun hvis ordningen benyttes).

Medicin, der købes direkte i apoteket, skal fortsat betales kontant.

2. Betalingsmåde:

- Apoteket bedes tilmelde mig betalingservice
- Jeg ønsker selv at tilmelde betalingservice (*apotekets sender pbs oplysninger via mail til dig og du behøver ikke udfylde med kontooplysninger nedenfor*)

NB: Der tilskrives et service gebyr på 35kr/måned for brevpost, hvis du ikke er tilmeldt betalingservice eller apoteket ikke har din E-mail adresse til at sende regningen til.

Reg.nr (4 cifre) _____ Kontonummer (10 cifre) _____

Tlf.nr.: _____ E-mail adresse: _____

Dato

Kundens underskrift

Denne kontrakt bedes returneret til Albertslund/Hvidovre Apotek i underskrevet tilstand.

Kontrakt for månedskonto



for egenbetaling af lægemidler og øvrige varer

Indgået mellem: **Albertslund Apotek/Hvidovre Apotek**

Og

Navn og Cpr.nr: _____

Evt. midlertidig adresse: _____

1. Baggrund for denne aftale:

Hjemmesygeplejen eller plejehjemmet har bedt om, at der oprettes en konto, så din medicin og øvrige varer ved forsendelse fra apoteket bliver debiteret. Hver måned skal der afregnes for skyldig saldo. Der opkræves et administrationsgebyr 18,75 kr./måned (dog kun hvis ordningen benyttes).

Medicin, der købes direkte i apoteket, skal fortsat betales kontant.

2. Betalingsmåde:

- Apoteket bedes tilmelde mig betalingservice
- Jeg ønsker selv at tilmelde betalingservice (*apotekets sender pbs oplysninger via mail til dig og du behøver ikke udfylde med kontooplysninger nedenfor*)

NB: Der tilskrives et service gebyr på 35kr/måned for brevpost, hvis du ikke er tilmeldt betalingservice eller apoteket ikke har din E-mail adresse til at sende regningen til.

Reg.nr (4 cifre) _____ Kontonummer (10 cifre) _____

Tlf.nr.: _____ E-mail adresse: _____

Dato

Kundens underskrift

Denne kontrakt bedes returneret til Albertslund/Hvidovre Apotek i underskrevet tilstand.