

accord

# EINFACH BESSER BESTELLT

**SONDERKONDITIONEN**  
**01.02.2023 – 31.03.2023**



# Unsere Sonderkonditionen

im Direktbezug für Ihre Bestellung:



## Unser Serviceangebot für Sie:



### Ausgleich Lagerwertverluste (LWV) bei Direktbezug

- > **Erstattung des LWVs auf Basis des ApU** abzgl. Skonti bis 3 Monate nach Preissenkung³



### Retouren

- > **Unkomplizierte Warenwerterstattung** von direkt von uns bezogenen Produkten



### Accord Kundenhotline

- > **Wir sind für Sie da:**

☎ +49 (0) 800 220 40 10 (gebührenfrei)

✉ customerserviceDE@accord-healthcare.com



ALLES  
ZUM  
SERVICE-  
ANGEBOT

¹ Für Bankeinzug bitte das angehängte SEPA-Basis-Lastschriftmandat ausfüllen, an uns faxen und das Original per Post versenden.

² Lieferung bis 12 Uhr des Folgetages, bei Bestellung bis 13 Uhr des Vortages.

³ Ausgenommen hiervon sind Festbetrags-Anpassungen

## Unsere Generika

### Abirateron Accord Filmdoublets/Doublets



PZN	Artikelbezeichnung	DRF	PG	ApU + 0,70 € <sup>1</sup>	Menge
17997316	Abirateron Accord 250 mg Doublets	TAB	120 St.	3.083,65 €	
17997322	Abirateron Accord 500 mg Filmdoublets	FTA	56 St.	2.542,09 €	
17997339	Abirateron Accord 500 mg Filmdoublets	FTA	60 St.	2.754,70 €	

### Lenalidomid Accord Hartkapseln

PZN	Artikelbezeichnung	DRF	PG	ApU + 0,70 € <sup>1</sup>	Menge
17270933	Lenalidomid Accord 2,5 mg Hartkapseln	HKP	7 St.	675,55 €	
17270956	Lenalidomid Accord 2,5 mg Hartkapseln	HKP	21 St.	2.025,25 €	
17270985	Lenalidomid Accord 5 mg Hartkapseln	HKP	7 St.	703,72 €	
17271016	Lenalidomid Accord 5 mg Hartkapseln	HKP	21 St.	2.109,73 €	
17290953	Lenalidomid Accord 7,5 mg Hartkapseln	HKP	7 St.	723,24 €	
17271022	Lenalidomid Accord 7,5 mg Hartkapseln	HKP	21 St.	2.168,32 €	
17270896	Lenalidomid Accord 10 mg Hartkapseln	HKP	7 St.	742,77 €	
17270904	Lenalidomid Accord 10 mg Hartkapseln	HKP	21 St.	2.226,91 €	
17270910	Lenalidomid Accord 15 mg Hartkapseln	HKP	7 St.	781,83 €	
17270927	Lenalidomid Accord 15 mg Hartkapseln	HKP	21 St.	2.344,08 €	
17290930	Lenalidomid Accord 20 mg Hartkapseln	HKP	7 St.	819,49 €	
17270962	Lenalidomid Accord 20 mg Hartkapseln	HKP	21 St.	2.457,06 €	
17290947	Lenalidomid Accord 25 mg Hartkapseln	HKP	7 St.	857,15 €	
17270979	Lenalidomid Accord 25 mg Hartkapseln	HKP	21 St.	2.570,05 €	

<sup>1</sup> Fixzuschlag von 0,70 € ist nicht skontierbar. Preisstand 01.02.2023. Es gelten die aktuellen AGBs. Herstellernummer: 06556



<sup>2</sup> Für Bankeinzug bitte das angehängte SEPA-Basis-Lastschriftmandat ausfüllen, an uns faxen und das Original per Post versenden.

Einfach Bestellformular ausfüllen, abtrennen  
und per Fax oder E-Mail (Scan) an uns senden:

☎ 089 700 99 51-10 / ✉ customerserviceDE@accord-healthcare.com




- ☐ **Wunsch-Liefertermin** (bitte ankreuzen und oben eintragen)
- ☐ **Expresslieferung** (bitte ankreuzen)  
Lieferung bis 12 Uhr des Folgetages, bei Bestellung bis 13 Uhr des Vortages.

Datum, Unterschrift

Apotheke (Stempel)

# Unsere Generika

## Methofill® (Methotrexat) Fertigspritze



PZN	Artikelbezeichnung	DRF	PG	ApU + 0,70 €¹	Menge
11695494	Methofill® 7,5 mg Inj.-Lsg.i.e.F.-Spritze	IFE	1 St.	10,10 €	
11695502	Methofill® 7,5 mg Inj.-Lsg.i.e.F.-Spritze	IFE	4 St.	38,32 €	
11695519	Methofill® 7,5 mg Inj.-Lsg.i.e.F.-Spritze	IFE	6 St.	57,12 €	
11695531	Methofill® 7,5 mg Inj.-Lsg.i.e.F.-Spritze	IFE	12 St.	113,55 €	
11695548	Methofill® 10 mg Inj.-Lsg.i.e.F.-Spritze	IFE	1 St.	11,91 €	
11695560	Methofill® 10 mg Inj.-Lsg.i.e.F.-Spritze	IFE	4 St.	45,54 €	
11695577	Methofill® 10 mg Inj.-Lsg.i.e.F.-Spritze	IFE	6 St.	67,96 €	
11695614	Methofill® 10 mg Inj.-Lsg.i.e.F.-Spritze	IFE	12 St.	135,21 €	
17829145	Methofill® 12,5 mg Inj.-Lsg.i.e.F.-Spritze	IFE	1 St.	13,55 €	
17829174	Methofill® 12,5 mg Inj.-Lsg.i.e.F.-Spritze	IFE	12 St.	154,84 €	
11695620	Methofill® 15 mg Inj.-Lsg.i.e.F.-Spritze	IFE	1 St.	15,06 €	
11695637	Methofill® 15 mg Inj.-Lsg.i.e.F.-Spritze	IFE	4 St.	58,13 €	
11695643	Methofill® 15 mg Inj.-Lsg.i.e.F.-Spritze	IFE	6 St.	86,85 €	
11695672	Methofill® 15 mg Inj.-Lsg.i.e.F.-Spritze	IFE	12 St.	172,99 €	
17829180	Methofill® 17,5 mg Inj.-Lsg.i.e.F.-Spritze	IFE	1 St.	16,48 €	
17829197	Methofill® 17,5 mg Inj.-Lsg.i.e.F.-Spritze	IFE	12 St.	189,99 €	
11695689	Methofill® 20 mg Inj.-Lsg.i.e.F.-Spritze	IFE	1 St.	17,82 €	
11695695	Methofill® 20 mg Inj.-Lsg.i.e.F.-Spritze	IFE	4 St.	69,16 €	
11695703	Methofill® 20 mg Inj.-Lsg.i.e.F.-Spritze	IFE	6 St.	103,39 €	
11695732	Methofill® 20 mg Inj.-Lsg.i.e.F.-Spritze	IFE	12 St.	206,07 €	
11695749	Methofill® 25 mg Inj.-Lsg.i.e.F.-Spritze	IFE	1 St.	20,31 €	
11695755	Methofill® 25 mg Inj.-Lsg.i.e.F.-Spritze	IFE	4 St.	79,15 €	
11695761	Methofill® 25 mg Inj.-Lsg.i.e.F.-Spritze	IFE	6 St.	118,37 €	
11695784	Methofill® 25 mg Inj.-Lsg.i.e.F.-Spritze	IFE	12 St.	236,04 €	

¹ Fixzuschlag von 0,70 € ist nicht skontierbar. Preisstand 01.02.2023. Es gelten die aktuellen AGBs. Herstellernummer: 06556



² Für Bankeinzug bitte das angehängte SEPA-Basis-Lastschriftmandat ausfüllen, an uns faxen und das Original per Post versenden.

Einfach Bestellformular ausfüllen, abtrennen  
und per Fax oder E-Mail (Scan) an uns senden:

☎ 089 700 99 51-10 / ✉ customerserviceDE@accord-healthcare.com




- ☐ **Wunsch-Liefertermin** (bitte ankreuzen und oben eintragen)
- ☐ **Expresslieferung** (bitte ankreuzen)  
Lieferung bis 12 Uhr des Folgetages, bei Bestellung bis 13 Uhr des Vortages.

Datum, Unterschrift

Apotheke (Stempel)

## Unsere Generika

### Sunitinib Accord Hartkapseln



PZN	Artikelbezeichnung	DRF	PG	ApU + 0,70 € <sup>1</sup>	Menge
17289890	Sunitinib Accord 12,5 mg Hartkapseln	HKP	30 St.	1.028,67 €	
17289921	Sunitinib Accord 25 mg Hartkapseln	HKP	30 St.	2.006,32 €	
17289996	Sunitinib Accord 50 mg Hartkapseln	HKP	30 St.	3.961,63 €	

### Prasugrel Accord Filmdoublets

PZN	Artikelbezeichnung	DRF	PG	ApU + 0,70 € <sup>1</sup>	Menge
15297603	Prasugrel Accord 5 mg Filmdoublets	FTA	28 St.	24,89 €	
15297626	Prasugrel Accord 5 mg Filmdoublets	FTA	98 St.	78,06 €	
15297632	Prasugrel Accord 10 mg Filmdoublets	FTA	28 St.	24,89 €	
15297649	Prasugrel Accord 10 mg Filmdoublets	FTA	98 St.	85,06 €	

<sup>1</sup> Fixzuschlag von 0,70 € ist nicht skontierbar. Preisstand 01.02.2023. Es gelten die aktuellen AGBs. Herstellernummer: 06556

**3%**  
**SKONTO**  
bei Bank-  
einzug<sup>2</sup>

**90**  
**TAGE**  
Zahlungsziel

**VERSAND-  
KOSTENFREI**  
ab 150 €



<sup>2</sup> Für Bankeinzug bitte das angehängte SEPA-Basis-Lastschriftmandat ausfüllen, an uns faxen und das Original per Post versenden.

Einfach Bestellformular ausfüllen, abtrennen  
und per Fax oder E-Mail (Scan) an uns senden:

☎ 089 700 99 51-10 / ✉ customerserviceDE@accord-healthcare.com

- ☐ **Wunsch-Liefertermin** (bitte ankreuzen und oben eintragen)
- ☐ **Expresslieferung** (bitte ankreuzen)  
Lieferung bis 12 Uhr des Folgetages, bei Bestellung bis 13 Uhr des Vortages.

Datum, Unterschrift

Apotheke (Stempel)

# SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Accord Healthcare GmbH**  
**Hansastraße 32**  
**80686**

Einfach **Formular ausfüllen, abtrennen** und  
**zuerst per Fax** und **dann das Original postalisch**  
**an uns senden:** ☎ **089 700 99 51-10**

Bitte füllen Sie **nur die grau hinterlegten Felder aus**,  
 der Rest wird von uns bei der Bearbeitung eingetragen.

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

**DE75ZZZ00002116420**

Mandatsreferenz

Ich/Wir

Name und Adresse Ihrer Apotheke wird basierend auf den uns bekannten Daten übernommen

ermächtige(n) Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.  
 Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

Name des Zahlungsempfängers

**Accord Healthcare GmbH**

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zahlungsart: **Wiederkehrende Zahlung**

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs beträgt die Frist für die Information vor Einzug einer fälligen Zahlung mindestens drei Tage vor Belastung des Kontos. Fälligkeiten und Beträge, die Ihnen bereits bekannt gegeben worden sind, behalten ihre Gültigkeit und werden zum Fälligkeitszeitpunkt eingezogen.

**Kontoinhaber/ Zahlungspflichtiger** (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

**Kreditinstitut**

**BIC**

**IBAN**

**Ort, Datum**

**Unterschrift Zahlungspflichtiger**