

accord

# EINFACH BESSER BESTELLT

**JETZT BESTELLEN!**  
SONDERKONDITIONEN  
01.05.2023 – 30.06.2023



# 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. | 3.058,70 €                |       |
| 17997322 | Abirateron Accord 500 mg Filmdoublets | FTA | 56 St.  | ApU + 0,70 € <sup>2</sup> |       |
| 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 01.04.2023. Es gelten die aktuellen AGBs. Hersteller Nummer: 06556

<sup>2</sup> Entnehmen Sie bitte den aktuellen ApU aus Ihrer Apotheken-Software.

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

**90**  
**TAGE**  
Zahlungsziel

**VERSAND-  
KOSTENFREI**  
ab 150 €

<sup>3</sup> Für Bankeinzug bitte das angehängte SEPA-Basis-Lastschriftmandat ausfüllen, an uns per E-Mail schicken und das Original per Post versenden.



Einfach Bestellformular ausfüllen und per E-Mail an uns senden:

✉ [customerserviceDE@accord-healthcare.com](mailto: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

IK-Nummer

IDF-(BGA-/BTM-)Nr.

Name der Apotheke

Straße und Hausnummer der Apotheke

PLZ und Ort der Apotheke

Digitale Signatur

## Unsere Generika

## Methofill® (Methotrexat) Fertigspritze



| PZN      | Artikelbezeichnung                            | DRF | PG     | ApU + 0,70 € <sup>1</sup> | 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 €                  |       |

<sup>1</sup> Fixzuschlag von 0,70 € ist nicht skontierbar. Preisstand 01.04.2023. 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 per E-Mail schicken und das Original per Post versenden.



Einfach Bestellformular ausfüllen und per E-Mail an uns senden:

✉ [customerserviceDE@accord-healthcare.com](mailto: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

IK-Nummer

IDF-(BGA-/BTM-)Nr.

Name der Apotheke

Straße und Hausnummer der Apotheke

PLZ und Ort der Apotheke

Digitale Signatur



## Unsere Generika

### Everolimus Accord Tabletten

| PZN      | Artikelbezeichnung                 | DRF | PG     | ApU + 0,70 € <sup>1</sup> | Menge |
|----------|------------------------------------|-----|--------|---------------------------|-------|
| 15023923 | Everolimus Accord 2,5 mg Tabletten | TAB | 30 St. | 545,64 €                  |       |
| 15023969 | Everolimus Accord 5 mg Tabletten   | TAB | 30 St. | 949,13 €                  |       |
| 15023998 | Everolimus Accord 10 mg Tabletten  | TAB | 30 St. | 1.397,99 €                |       |
| 15024006 | Everolimus Accord 10 mg Tabletten  | TAB | 90 St. | 4.237,53 €                |       |

### Ibandronic Acid Accord Konzentrat z. Her. einer Inf.-L. / Fertigspritze

| PZN      | Artikelbezeichnung  | DRF | PG    | ApU + 0,70 € <sup>1</sup> | Menge |
|----------|---|-----|-------|---------------------------|-------|
| 2828453  | Ibandronic Acid Accord 2 mg/2 ml Konz. z. Her. e. Inf. L. | IFK | 1 St. | 43,82 €                   |       |
| 11162579 | Ibandronic Acid Accord 3 mg/3 ml Inj.-Lsg. Fertigspr.     | ILO | 1 St. | 60,70 €                   |       |
| 2828482  | Ibandronic Acid Accord 6 mg/6 ml Konz. z. Her. e. Inf. L. | IFK | 1 St. | 106,24 €                  |       |
| 4314161  | Ibandronic Acid Accord 6 mg/6 ml Konz. z. Her. e. Inf. L. | IFK | 5 St. | 736,67 €                  |       |

## Unsere Biosimilars

### Pelgraz® (Pegfilgrastim) Fertigspritze/Fertiginjektor

| PZN      | Artikelbezeichnung                                  | DRF | PG    | ApU + 0,70 € <sup>1</sup> | Menge |
|----------|---|-----|-------|---------------------------|-------|
| 14327874 | Pelgraz 6 mg Inj.-Lsg. Fertigspr. m. autom. Nadels. | FER | 1 St. | 850,20 €                  |       |
| 15877944 | Pelgraz 6 mg Inj.-Lsg. in einem Fertiginjektor      | FER | 1 St. | 668,22 €                  |       |

<sup>1</sup> Fixzuschlag von 0,70 € ist nicht skontierbar. Preisstand 01.04.2023. 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 per E-Mail schicken und das Original per Post versenden.



Einfach Bestellformular ausfüllen und per E-Mail an uns senden:

✉ [customerserviceDE@accord-healthcare.com](mailto: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

IK-Nummer

IDF-(BGA-/BTM-)Nr.

Name der Apotheke

Straße und Hausnummer der Apotheke

PLZ und Ort der Apotheke

Digitale Signatur

# SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

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

Einfach **Formular ausfüllen, ausdrucken** und unterschreiben. Dann **zuerst per Fax** und **zusätzlich** 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**