

VON:
[Name]
[Firmenname]
[Anschrift]
[PLZ Ort]
[Telefon]

VERSAND AN:
[Name]
[Firmenname]
[Anschrift]
[PLZ Ort]
[Telefon]

MENGE	PZN	BESCHREIBUNG / Modell / Grösse / Farbe	Bruttopreis	SUMME

Versand (bitte auswählen) :

UPS STANDARD: 5.- Euro
UPS EXPRESS SAVER: 15.- Euro

Ab einem Bestellwert von 50.- versandkostenfrei
(ausser bei EXPRESS BESTELLUNG)

Versand von MARENA KOMPRESSIIONSMIEDERN immer mit Porto !

ZWISCHENSUMME

VERSAND& BEARBEITUNG

SUMME

Hiermit ermächtigen ich / wir Sie widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen wegen "Bestellung bei DermaMEDIX" bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres Kontos durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Konto

Kontoinhaber/in: Name		Vorname
Kontonummer	Bankleitzahl	Geldinstitut

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift