Bestellschein für Ihren FAX / TELEFON - Auftrag

° Bitte vor dem Ausfüllen kopieren °

FAX-Nr. 030 7001432091

° UNKOMPLIZIERT BESTELLT ° SCHNELL GELIEFERT °

IHRE RECHNUNGSANSCHRIFT:

VORNAME / NAME _____

GGF. FIRMA: _____

STRASSE/ HAUSNR:_____

PLZ/ORT _____

Für eventuelle Rückfragen können Sie uns hier Ihre Kontaktdaten mitteilen

Telefon:_____ Fax: _____

Email: _____

GGF. abweichende LIEFERANSCHRIFT:

VORNAME / NAME _____

GGF. FIRMA: _____

STRASSE/ HAUSNR:_____

PLZ/ORT _____

Für eventuelle Rückfragen können Sie uns hier Ihre Kontaktdaten mitteilen

Telefon:_____ Fax: _____

Email: _____

° KEIN Mindestbestellwert
° Versandkosten: 4,95 € Deutschland
° versandkostefrei ab 139,99 € (Deutschland)
° diskreter / schneller Versand

Haben Sie bereits eine Kundennummer?

Kunden-Nr._____

° Wie möchten Sie zahlen? ☐ **per Rechnung** ☐ **per Lastschrift** ☐ **per Nachnahme (zzgl. 6,00 € Nachnahmegebühren)** ☐ **per Vorkasse**

FÜR LASTSCHRIFT TRAGEN SIE BITTE HIER IHRE BANKVERBINDUNG EIN:

Kontoinhaber: _____

BLZ: _____

Kontonummer:_____

Bankname/Ort:_____

Unterschrift: _____

Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie die Firma Medicare by Britta

FÜR VORKASSENZAHLUNG richten Sie bitte Ihre Zahlung an:

Britta Gabriel - Medicare
Postbank Dortmund
BLZ: 440 100 46
Kontonummer: 921 615 468
Verwendungszweck: Ihr Name + Bestelldatum

Folgende Artikel möchten Sie zu unseren gültigen AGB bestellen:

ART.NR	MENGE	GRÖßE	FARBE	BESCHREIBUNG	PREIS

Datum:_____ Unterschrift:_____

Medicare® by Britta Gabriel