

Bestellschein bitte in Großbuchstaben ausfüllen

Kundennummer (wenn vorhanden) : [_____]

Adresse:

abweichende Lieferadresse:

ja nein

Vorname _____ Nachname _____

Vorname _____ Nachname _____

Straße _____ Hausnummer _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

PLZ _____ Ort _____

Bankdaten:

Kontonummer _____

Bankleitzahl _____

Kreditinstitut/Bank _____

Bitte ankreuzen Hiermit ermächtigen ich die Firma medinexx GmbH, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos per Lastschrift einzuziehen.

Ort, Datum / Unterschrift: _____

Ich lege [_____] Kassenrezept(e) und / oder [_____] Privatrezept(e) bei.
(wenn Sie das Rezept beilegen müssen Sie im unteren Bestellfeld keinen Eintrag vornehmen)

Ich bin zuzahlungsbefreit: ja nein

(bitte einmalig eine Kopie Ihre Befreiungsnachweises beilegen)

Artikelnummer	Artikel	Packungsgröße bsp. 90 Stück	Anzahl Packungen

Ich bestelle die oben aufgeführten Artikel zu den mir bekannten allgemeinen Geschäftsbedingungen von medinexx GmbH.
(Hinweis: die AGB finden Sie auf unserer Homepage www.inkontinet.de)

Haben Sie noch Fragen ? Wir beraten Sie gerne !

Hier erreichen Sie uns: Hotline Fon: 01805.110030 / Fax: 01805.110031 (€ 0,14 / min.)
email: service@medinexx.de Internet: www.inkontinet.de / medinexx GmbH, 86923 Finning