Bestellformular

Besteller:

Name: .....

Straße: .....

PLZ + Ort:.....

Telefon: .....

E-Mail: .....

Geb.-Dat.: .....

.....
Datum Unterschrift

***Medi*TECH Electronic GmbH**
- Bestellannahme -
Langer Acker 7
30 900 Wedemark

Fax: +49 (0) 5130-97778-22

Email: service@meditech.de
Tel.: +49 (0) 5130-97778-0

Bestell-Nr.	**Bezeichnung**	**Menge**	Stück-Preis (€) inkl. MwSt.
6827-V03-DE	*Ortho*fix® Deutsch auf DVD		75,00
6827-V03-GB	*Ortho*fix® Englisch auf DVD		75,00
6827-V03-DE-FREIGABE	*Ortho*fix® Deutsch als Download		65,00
6827-V03-GB-FREIGABE	*Ortho*fix® Englisch als Download		65,00

Jede Lieferung erfolgt zzgl. 6,90 € Versandpauschale – die Sendung ist transportversichert. Alle Bestellungen erfolgen ausschließlich auf der Grundlage der Allgemeinen Geschäftsbedingungen der *Medi*TECH Electronic GmbH – einsehbar unter www.agb.meditech.de.

Weitere Informationen auch unter www.orthofix.meditech.de / www.meditech.de

Einzugsermächtigung und SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger: *Medi*TECH Electronic GmbH, Langer Acker 7, D-30900 Wedemark

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 83ZZ Z000 0001 0212

Ich / wir ermächtige(n) die *Medi*TECH Electronic GmbH, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der *Medi*TECH Electronic GmbH auf mein Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

(Bei Nichtdeckung des Kontos oder der Angabe falscher Daten werden 10 Euro Bearbeitungsgebühr erhoben.)

Vorname + Nachname (Kontoinhaber): _____

Straße + Hausnummer: _____

PLZ + Ort: _____

IBAN: _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _

BIC: _ _ _ _ _ _ _ _ I _ _ _

Kreditinstitut:_____

_____

Datum, Unterschrift