

Angaben zur Person

Frau Herr

Vorname / Name

Strasse & Hausnummer

PLZ Ort

Geburtsdatum

Kundennummer (falls zur Hand)

Telefon

Mobil

E-Mail

alternative Lieferadresse

Frau Herr

Vorname / Name

Firma

Strasse & Hausnummer

PLZ

Ort

Bestellung

Anz.	Artikelnr. / PZN ¹	Artikelbezeichnung & Stärke	Größe ²

¹ falls bekannt, diese Angaben finden Sie in der Artikelbeschreibung in unserem Online-Shop oder auf der Arzneimittelverpackung
² z.B. 10 Tabl. oder 50 ml

Zahlung per ...

Rechnung Nachnahme
(zzgl. 5,- EUR Nachnahmekostenanteil)

Bankeinzug

MasterCard American Express Visa

Konto - Inhaber

Karteninhaber

Konto - Nummer

Kreditkartennummer

BLZ

gültig bis (MM/JJ)

Prüfziffer

Bankinstitut

Einzugsermächtigung:
Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ort, Datum

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen von med-markt.de. (<http://www.med-markt.de/agb>)

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, zutreffendes ankreuzen, unterschreiben und absenden.