Assist a Mediq company

BITTE ERST FOTOKOPIEREN, DANN AUSFÜLLEN

Postanschrift:
assist GmbH
66661 Merzig
Gläubiger-Identifikationsnr.:
DE69ZZZ00000025693
Kostenlose Hotline:
Telefon 0 800-51 96 100
Telefax 0 800-51 96 101
kunden-management@assist.de
www.assist.de

Bestellung für Eigenbedarf

ABSENDER (bitte deutlich lesbar ausfüllen)

Meine Kundennummer (falls bekannt): ☐☐☐☐☐☐☐

Institution/Firma: _____

Name des Bestellers/Funktion: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Telefonnummer: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

E-Mail: _____

LIEFERANSCHRIFT (falls abweichend von Absender-Anschrift)

Name/Firma: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

BESTELLUNG

Hiermit bestellen wir verbindlich zu Ihren Liefer- und Zahlungsbedingungen

ARTIKELBEZEICHNUNG	GRÖSSE/ AUSFÜHRUNG	BESTELLNR.	BESTELLMENGE	PREIS PRO VPE

☐☐.☐☐.☐☐☐☐ _____ _____

Datum Ort Unterschrift des Bestellers

☐ **auf Rechnung** (Zahlung innerhalb 10 Tagen nach Rechnungsdatum)

☐ **SEPA-Lastschrift-Mandat** (Sie erhalten zusätzlich 2 % Skonto auf diese und alle weiteren Bestellungen!)
Ich ermächtige Fa. assist GmbH widerruflich, den jeweils fälligen Rechnungsbetrag mittels SEPA-Lastschrift von meinem nachstehend angegebenen Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der assist GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber _____ Kreditinstitut _____

BIC ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ IBAN DE☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐

☐☐.☐☐.☐☐☐☐ _____

Datum Unterschrift des Kontoinhabers

kostenlose Fax-Nummer: 0 800-51 96 101