**Postanschrift:**
Mediq Deutschland GmbH
66661 Merzig

**Gläubiger-Identifikationsnr.:**
**DE69ZZZ00000025693**

**Kostenlose Hotline:**
Telefon 0 800-51 96 100
Telefax 0 800-51 96 101

kunden-management@mediq.de
www.mediq.de

# BESTELLUNG 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 | ARTIKELNUMMER | MENGE | PREIS PRO VPE |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

☐☐.☐☐.☐☐☐☐ _____ X _____

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 die Firma Mediq Deutschland GmbH widerruflich, den jeweils fälligen Rechnungsbetrag mittels SEPA-Lastschrift von meinem nachstehend angegebenen Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Mediq Deutschland 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☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐

☐☐.☐☐.☐☐☐☐ X _____

Datum Unterschrift des Kontoinhabers

A-BL10620
A-BL1

**KOSTENLOSE FAX-NUMMER: 0 800-51 96 101**