

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit bestellen wir:

Menge	Artikel	
	Rezepturen nach Dr. Franz Hasenschwandtner	
	10 x 5ml Vials PPC	129,00 €

Preisliste 01.01.2023

inkl. 19% gesetzl. Mwst. zzgl. Fracht- und Verpackungskosten von **5,-€** bis zu 10 Kits, danach **7,50€**

Die geprüfte Haltbarkeit für diese Rezeptur beträgt 12 Monate!

5ml Vials PPC enthalten:	
PPC:	250,00 mg
Natriumdesoxycholat	133,00 mg
Benzylalkohol	45,00 mg
Vitamin E	q.s.
HCL	q.s.
Aqua ad inj.	ad 5,0 ml

Ich habe bereits eine Kunden-Nr.: _____

Ich bin Neukunde

Bitte liefern Sie die Ware an folgende Adresse (auch Rechnungsadresse):

Praxis	
Name	
Straße/ Nr.	
PLZ: Wohnort:	
Arztnummer bzw Betriebsstättennr.	

Gewünschter Liefertermin: _____

Telefonnummer für Rücksprachen: _____

Datum/Ort: _____ Unterschrift: _____

Lieferung nur gegen Vorkasse oder Lastschriftzug (bitte ankreuzen):

Wenn Sie sich für den Lastschriftzug entschieden haben, so füllen Sie bitte das beiliegende Sepa-Lastschrift-Mandat aus und lassen uns dieses gemeinsam mit Ihrer Bestellung zukommen. Zukünftige Rechnungen werden wir ebenfalls nach der von Ihnen hier gewählten Zahlungsmethode bearbeiten.

SEPA Lastschriftmandat

Mandatsreferenz

Ich ermächtige/Wir ermächtigen Sie, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Mohren-Apotheke zu St. Lorenz auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name und Adresse des
Zahlungspflichtigen

Kundennummer des
Zahlungspflichtigen

Name und Adresse des
Zahlungsempfängers Mohren-Apotheke zu St.Lorenz
Herderstrasse 5-9
90427 Nürnberg

Kennung des
Zahlungsempfängers DE44ZZZ00000537527

Konto des
Zahlungspflichtigen _____
IBAN (bitte ergänzen)

Zahlungsdienstleister
Des Zahlers _____
BIC (bitte ergänzen)

Kreditinstitut (bitte ergänzen)

Zahlungsart Wiederkehrende Zahlung
 Einmalige Zahlung

Ort und Datum _____
bitte ergänzen

Unterschrift(en) _____
bitte ergänzen