

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit bestellen wir:

Menge	Artikel	
	Anesthesia L 50g (z.B. für Lasertherapien) Topische Anästhesie Creme ohne Epinephrin	64,90 €

inkl. gesetzl. MwSt. zzgl. Fracht- und Verpackungskosten von **7,50€**

ACHTUNG: Haltbarkeit der Anesthesia E & L Cremes maximal 12 Monate

Anesthesia L: 50ml Spender enthält:		
Lidocain	11,50 g	
Tetracain	1,75 g	
Tetracain HCL	1,75 g	
Cremor Cetomacrogolis	ad 50.00 g	

☐ 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