# FAX-BESTELLSCHEIN

NETWORK-Globalhealth
Lichtblick GmbH
Mühlenstr. 19, 48317 Drensteinfurt, DE
Tel.: +49 (0)25 08 - 21 59-300

## SKIN PLUS 2
(topical use)

**Bestellfax: +49 (0)25 08 - 21 59-333**
**Email: material@network-globalhealth.com**

| Artikel-Nr. | | Beschreibung | BruttoPreis (€) | NettoPreis (€) | Anzahl |
|---|---|---|---|---|---|
| 1010201 | SKIN PLUS 2 (Additiv) | 20 x 5ml Ampullen Vit B Komplex | 26,32 | 22,12 | |
| Sparpakete: | | 10+1 / 20+3 / 50+8 | | | |

**Alle Preise inklusive 16% gesetzli. MwSt., zzgl. Porto / Verpackung und Handling.**
Umsatzsteuerfreie Lieferung in Länder der EU ist nur unter vorheriger Angabe der Internationalen Umsatzsteuer-ID-Nr. möglich.
Lieferung nur nach vollständigem Zahlungseingang.

## Rechnungsanschrift

Name / Institut: _____ Telefon: _____

Straße / Hausnr.: _____ Fax: _____

PLZ / Ort: _____ E-Mail: _____

Land: _____ UST-ID-Nr.: _____

## Lieferadresse (falls abweichend)

Name / Institut: _____

Straße / Hausnr.: _____

PLZ / Ort: _____

## Zahlungsweise

☐ Lastschrifteinzug

☐ Überweisung (Vorauskasse)

## SEPA-Lastschriftmandat

**Zahlungsempfänger:** Lichtblick GmbH - NETWORK-Globalhealth, Mühlenstr. 19, 48317 Drensteinfurt, DE

**Kontodaten**

Kontoinhaber: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

IBAN: _____

Name der Bank: _____

BIC: _____

Ich ermächtige die **Lichtblick GmbH (Gläubiger-Identifikationsnummer DE29ZZZ00000500355)** Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Lichtblick GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Mandatsreferenzwird mir vor dem ersten SEPA-Lastschrifteinzug separat mitgeteilt.

Ich bin einverstanden, dass die Frist, mit der mir der SEPA-Lastschrifteinzug spätestens vorab angekündigt wird, auf einen Tag (COR1) verkürzt wird.

**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.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

Änderungen & Druckfehler vorbehalten / Version 4/2025