



SKIN PLUS (topical use)

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

Artikel-Nr.	Beschreibung	BruttoPreis (€)	NettoPreis (€)	Anzahl
1010101	SKIN PLUS1	20 x 5ml Ampullen Sojalecithin	154,62	129,94
1011201	SKIN PLUS 1+2	10 x 5ml Ampullen Sojalecithin 10 x 5ml Ampullen Vit B Komplex	90,48	76,03
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 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 oder gültigem SEPA-Lastschriftmandat.

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 (Vorkasse)

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 Mandatsreferenz wird 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