Dienststelle/Station

**MITARBEITERBESTELLUNG APOTHEKENWAREN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name      | Abteilung      | Tel:      | Datum      |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Packung / Stück od. Menge | Artikelbezeichnung (bitte so genau wie möglich) | Bemerkung:z.B: Rezept anbei |
| .    ...Pkg.zu        |       |       |
| .    ...Pkg.zu       |       |       |
| .    ...Pkg.zu       |       |       |
| .    ...Pkg.zu       |       |       |
| .    ...Pkg.zu       |       |       |
| .    ...Pkg.zu       |       |       |
| .    ...Pkg.zu       |       |       |
| .     ...Pkg.zu       |       |       |
| .     ...Pkg.zu       |       |       |

Name:       Vorname:

Bankeinzug ( Nur wenn Konto in Österr. ):

Hiermit ermächtige/n ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Einzug einzuziehen. Damit ist auch meine/unsere kontoführende Bank ermächtigt, die Einzüge einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich/wir haben das Recht, innerhalb von 8 Wochen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner/unserer Bank zu veranlassen. Creditor ID: AT61ZZZ00000028229

Kreditinstitut       **BIC:**      **IBAN:**

Datum:       Unterschrift

oder:

Sepa Lastschriftmandat zu Gunsten Allerheiligen Apotheke 1200 Wien Allerheiligenplatz 4 erteilt [ ]

 oder:

Zahlung per Kreditkarte : Amex / Diners / Master / Visa ( nichtzutreffendes streichen )

 **Nr:**       **gültig bis:**

Datum:       Unterschrift: …………………………………………………

oder:

Abholung gegen Barzahlung ab dem dritten Werktag ab Bestellung: [ ]

gegebenenfalls bitte ankreuzen