



BESTELLUNG

MEDICARE BY BRITTA GABRIEL GMBH

FAX-NUMMER: 030-7001432091

Ihre Kundennummer (falls vorhanden):

□ □ □ □ □ □ □ □ □

Medicare by Britta Gabriel GmbH

Magistratsweg 140

13591 Berlin

Tel. 030-37592710 Email: service@pflegeoverall24.de

Ihre Rechnungsanschrift:

Vorname/Name: _____

Ggf. Firma: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Ggf. E-Mail: _____

Ihre ggf. abweichende Lieferanschrift:

Vorname/Name: _____

Ggf. Firma: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Artikelnummer / Beschreibung	Farbe	Größe	Menge	Einzelpreis	Gesamt

Gewünschte Zahlungsweise (bitte ankreuzen):

per Rechnung Vorkasse SEPA-Lastschrift

zzgl. 4,90 € Versand
(ab 90 € versandkostenfrei)

Bestellsumme:

Für Rechnungsbau und Vorkasse richten Sie

Ihre Zahlungen an:

Medicare by Britta Gabriel GmbH / Postbank Dortmund

IBAN: DE29 440100460921615468

BIC: PBNKDEFFXXX

Verwendungszweck: Rechnung-Nr. / Name

Für SEPA-Lastschrift: Hiermit ermächtige ich Medicare

by Britta Gabriel GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Mit meiner Unterschrift stimme(n) ich/wir den AGBs und der Widerrufsbelehrung zu. AGB/Widerrufsbelehrung online unter www.pflegeoverall24.de



Ort, Datum

Unterschrift (bei SEPA-Lastschrift auch die des Kontobevollmächtigten)