Bestellschein Patienteninfopaket

Praxis:

Vorname Name:

Straße + Hausnr.:

Postleitzahl: Ort:

eMail*:

☐ Ich bestelle ..... Stück Patienteninfopaket zu eGK des FoeBuD e.V. (à 30 Euro**)

☐ Ich bestelle ..... Stück Nachfüllpackung (400 Folder 1 Display) (à 30 Euro**)

Ich zahle per Rechnung per Lastschrift:

Kontonummer: BLZ

Bankinstitut:

Hiermit ermächtige ich den FoeBuD e.V., den Zahlbetrag von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Weist mein/unser Konto keine Deckung auf, besteht für das kontoführende Institut keine Verpflichtung zur Einlösung. Ihre Daten werden elektronisch verarbeitet, aber nicht weiter gegeben.

..... Ort, Datum

..... Unterschrift

* freiwillige Angabe ** inclusive 7% Mehrwertsteuer

Bestellschein per Brief bitte an
FoeBuD e.V. | Marktstraße 18 | 33602 Bielefeld
per Fax an **0521-61172**
am liebsten ist es uns, wenn Sie über unseren Onlineshop bestellen:
www.foebud.org/egk-paket