

BESTELLFORMULAR | AUFBISSPLATTEN-KIT

PER FAX AN: +49 228 286206-972

RECHNUNGS- / LIEFERADRESSE

Name / Praxis / Firma:

SICAT Kundennummer:

Straße / Hausnummer:

Telefon:

PLZ / Ort:

Fax:

Land:

Email:

Ansprechpartner:

Ust.-ID:

BESTELLUNG

Produktbezeichnung	Anzahl	Preis zzgl. MwSt.	Gesamt
Aufbissplatten-Kit <i>(Aufbissplatte inkl. Order-CD und Versandpaket)</i>			

VERSAND

Normalversand¹ | 12,60 €

Expressversand (DE) | 25,00 €

Terminzustellung (DE) | 45,00 €

ZAHLUNGSART

Kreditkarte

MasterCard

VISA

American Express

Karteninhaber:

Gültig bis:

Kartennummer:

SEPA-Lastschriftmandat (nur für Kunden innerhalb Deutschlands)

Ich ermächtige die SICAT GmbH & Co. KG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der SICAT GmbH & Co. KG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. **Gläubiger-Identifikationsnummer: DE510000000851002 | Die Mandatsreferenz teilen wir Ihnen auf der Rechnung mit.**

Kontoinhaber:

(Vor- und Nachname)

Straße / Hausnr.:

IBAN: DE

PLZ / Ort:

BIC:

UNTERSCHRIFT

Datum

Unterschrift

1. Dauer des Versands: innerhalb Deutschlands ca. 1-2 Tage

Alle Preise zzgl. MwSt. Für die Bestellung gelten unsere allgemeinen Geschäftsbedingungen in der zur Zeit gültigen Fassung.