Apopharm®
Auswahl - Beratung - Service

BESTELLFORMULAR

Absender: **Kunden-Nr.:**

Vorname/Name: .....
Firma: .....
Straße: .....
PLZ/Ort: .....
Telefon: .....
Fax: .....
eMail: .....
Geburtsdatum: .....

Apopharm GmbH
Daimlerstraße 6

67454 Haßloch / Pfalz

Fax +49 (0) 63 24 / 9 26 83 71

Menge	Artikel	Art.-Nr.	Einzelpreis	Gesamtpreis
	Gesamtkatalog	88888	kostenlos	
				€ 0,00
				€ 0,00
				€ 0,00
				€ 0,00
				€ 0,00
				€ 0,00
				€ 0,00
				€ 0,00
				€ 0,00
				€ 0,00
				€ 0,00
				€ 0,00
				€ 0,00
				€ 0,00
				€ 0,00
				€ 0,00
Alle Preise zzgl. MWST. Lieferung frei Haus ab Warenwert netto € 100,00 innerhalb Deutschland. Die Liefer- und Zahlungsbedingungen der Firma Apopharm GmbH sind mir/uns bekannt. Zu diesen Bedingungen bestelle(n) ich/wir die oben aufgeführten Artikel. Der Mindestbestellwert beträgt € 15,00 netto.			**Summe:**	€ 0,00
			Versandkosten:	
			MwSt.:	
			Gesamt:	

Gewünschte Zahlungsweise (bitte ankreuzen):

☐ SEPA-Lastschrift (3% Skonto):
☐ SEPA-Mandat bereits erteilt
☐ SEPA-Mandat anbei (Formular-Download siehe www.apopharm.de/download)

☐ DPD-Nachnahme (3% Skonto zzgl. € 8,00 Gebühren in Deutschland, € 13,00 in Österreich)
(bleibt der Netto-Gesamtbetrag unter € 100,00 fallen zusätzlich zu den Nachnahme-Gebühren Versandkosten an)

☐ Vorkasse (3% Skonto) bitte warten Sie unsere Rechnung ab.
(erfolgt die Zahlung nicht innerhalb 14 Tagen nach Rechnungsstellung, wird der Auftrag automatisch storniert)

☐ Rechnung (zahlbar innerhalb 10 Tagen ohne Abzug, nur für Stammkunden)

Datum _____ **Unterschrift** _____