BESTELLFORMULAR | AUFBISSPLATTEN-KIT

PER FAX AN: +49 228 854697-29

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 *(Aufbissplatte inkl. Order-CD und Versandpaket)*		€ 30,00	**€ 0,00**

VERSAND

◯ Normalversand[1] | **12,60 €** ◯ Expressversand (DE) | **25,00 €** ◯ Terminzustellung (DE) | **45,00 €**

ZAHLUNGSART

Kreditkarte ◯ MasterCard ◯ VISA ◯ American Express

Karteninhaber:

Prüfnummer[2]:

Kartennummer:

Gültig bis:

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: DE5100000000851002 | 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
2. Die Prüfnummer der Kreditkarte befindet sich bei Visa und Mastercard im Unterschriftenfeld auf der Rückseite der Karte. Tragen Sie hier die letzten drei Ziffern ein. Bei American Express steht die 4-stellige Prüfnummer auf der Vorderseite der Karte über der Kartennummer.

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