

db GmbH · Daimlerstraße 4 · 48432 Rheine

**diabetikerbedarf db GmbH**

Daimlerstraße 4  
48432 Rheine

**Bestellschein**

Vorname	Name
Straße	Hausnummer
PLZ	Ort
E-Mail	Telefon
Kunden-Nr. (falls bekannt)	Geburtsdatum

**Lieferadresse (falls abweichend von Ihrer Anschrift)**

Vorname	Name
Firma/ Adresszusatz	
Straße	Hausnummer
PLZ	Ort

Artikelnummer oder PZN	Bezeichnung	Anzahl

Ich lege  Kassenrezept(e) oder  Privatrezept(e) bei.  
*Falls Sie von der Zuzahlung befreit sind, bitte 1x jährlich eine Kopie Ihres Nachweises beilegen.*

Zahlungsart:  Rechnung  Lastschrift

Bank	Kontoinhaber
IBAN	BIC

Die Ermächtigung zum Einzug aller anfallenden Rechnungen wird hiermit erteilt, ebenso wie vorstehender Auftrag. Die Einzugsermächtigung gilt bis auf Widerruf. Hiermit ermächtige ich diabetikerbedarf db GmbH, wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von diabetikerbedarf db GmbH Lastschriften einzulösen. Gläubiger-ID: DE05ZZZ00001153306 Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Versandkostenfrei mit Rezept oder ab 15 Euro Bestellwert, sonst 3,90 €