

☐

Ja, ich bestelle APOPIXX für nur 39,- EUR/Monat*

Alle Preise verstehen sich rein netto zzgl. gesetzlicher MwSt. Vertragslaufzeit min. 3 Monate. Leistungsbeschreibung und AGB unter www.apopixx.de

*12 Monate für 39,- EUR/Monat, danach 59,- EUR/Monat

☐

Ja, ich bestelle APOPIXXturbo für nur 39,- EUR/Monat*

Alle Preise verstehen sich rein netto zzgl. gesetzlicher MwSt. Vertragslaufzeit min. 3 Monate. Leistungsbeschreibung und AGB unter www.apopixx.de

*12 Monate für 39,- EUR/Monat, danach 59,- EUR/Monat

Apothekenname

Inhaber/-in

Straße | Nr.

PLZ | Ort

Telefon-Nummer

Fax-Nummer

BGA-Nummer

Vertragslaufzeit beträgt 3 Monate zum Quartalsende beginnend ab

Hiermit ermächtige ich die KEHR Holdermann GmbH & Co.KG widerruflich, die von mir zu entrichteten Zahlungen für den oben durch Auswahl gekennzeichneten Auftrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber

Kontonummer

Bank | Bankleitzahl

.....
Datum | Ort

.....
Unterschrift