

**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](http://www.apopixx.de)

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

**Ja, ich bestelle APOPIXX*turbo* 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](http://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