

## Vollmacht Bankeinzug

**Telefax: 0800 787 36 34**

Puremed GmbH wird hiermit bevollmächtigt bis auf Widerruf, den Betrag für die jeweils gewünschten Arzneimittel incl. Porto\* von meinem Konto abzubuchen. Dafür wird mir 3% Skonto gewährt.

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Konto-Nr. \_\_\_\_\_

BLZ \_\_\_\_\_

Bank, Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

\*3,75 EUR + MwSt. Versandkosten bis zu einem Mindestauftragswert von 100,- EUR netto.  
1,55 EUR + MwSt. Servicepauschale bis zu einem Auftragswert von 30,- EUR netto.