

Faxantwort
Am schnellsten geht's per Fax
030 - 20 91 66 555

Wirtschaftsdienst GmbH des BDP

z. Hd. Herrn Dr. M. Marek
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin

Bitte Absender nicht vergessen.

Bitte komplett in Druckbuchstaben ausfüllen – Vielen Dank!

BDP-Mitgliedsnummer (falls vorhanden)

Vorname, Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Telefax

E-Mail-Adresse

Hiermit bestelle ich:

Menge	Produkt	Preis für BDP-Mitglieder	Preis für Nichtmitglieder
	Komplettpaket „stationär & mobil“ CARD STAR /medic2 Modell 6220-4 und CARD STAR /memo3 (inkl. PC-Anschlusskabel)	500,00 €	530,00 €
	Stationäres Terminal für KVK und eGK CARD STAR /medic2 Modell 6220-4 inkl. PC-Anschlusskabel	270,00 €	282,00 €
	Speicherndes Mobilgerät CARD STAR /memo3 inkl. PC-Anschlusskabel	230,00 €	245,00 €
	Silikonschutzhülle für /memo3 in grün oder transparent	11,00 €	15,00 €
Unterschrift		Datum	



Die vorgenannten Preise verstehen sich inklusive 24 Monaten Vorabaustauschgarantie, zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer, Verpackung und Versand durch unsere Logistikzentrale in Au in der Hallertau. Es gelten die Allgemeinen Liefer- und Zahlungsbedingungen der CCV AllCash ecm GmbH (Stand: 02/2011). Der Wirtschaftsdienst des BDP tritt nur als Vermittler auf.



Der Rechnungsbetrag wird generell per Bankeinzug erhoben. (Nachstehendes Formular bitte ausfüllen und gegenzeichnen!)

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Ermächtigung zum Einzug mittels Lastschrift

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Firma CCV AllCash ecm GmbH, Moers wider-ruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen aus der fälligen Rechnung zu Lasten meines/unseres nebenstehenden Kontos mittels Lastschrift einzu-ziehen. Sollte mein/unser Konto keine Deckung aufweisen, besteht seitens des kontoführenden Instituts (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

Datum / Stempel / Unterschrift

Testen Sie uns auch bei der Absicherung Ihrer beruflichen und privaten Risiken – Jetzt Angebot anfordern:

Berufs-Haftpflichtversicherung

Privat-Haftpflichtversicherung

Familie Partner Single

mit Kindern ohne Kinder

Tierhalter-Haftpflichtversicherung

Hund

Rasse: _____

Pferd

Geschäfts-/Praxisversicherung

Neuwert des Inventars: _____ EUR

Altersabsicherung

Rürup-/Basis-Rente

Private Rentenversicherung

Gewünschte Altersrente: _____ EUR

Ab Alter (62 - 67 Jahre): _____ Jahre

Berufsunfähigkeitsversicherung

monatliche BU-Rente: _____ EUR

Schlußalter: _____ (max. 67. Lebensjahr)

Rechtsschutzversicherung

Privat Beruf

Krankenvollversicherung

Krankentagegeldversicherung

Tagessatz: _____ EUR – ab: _____ . Tag

Krankenzusatzversicherung

stationär Zahn Pflege

Ich möchte meine Versicherung/en überprüfen lassen.

Ort / Datum

Firmenstempel / Unterschrift