

ABO-Service-Vereinbarung

Zwischen

und www.linsencenter.de

Jutta Bobka

FALKENWEG 17, 55471 Keidelheim

Kunden-Nr. (wenn bekannt) _____

Vorname/Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Staat _____

Telefon/Mobil _____

Mail-Adresse _____



FAX-Nr.: +49(0)6761 - 9159970

JA, ich möchte die Vorteile des Abonnement-Service genießen und wünsche

1/4 -jährliche

1/2 -jährliche

jährliche

Belieferung mit

Name der Kontaktlinse _____

_____ Stck. _____ Stck.
Packungsgröße (z.B. 4 X 90 Stck.) Gesamtmenge (z.B. 360 Stck.)

Kontaktlinsenwerte: _____ dpt. _____ cyl. _____ Achse _____ Durchm. _____ Radius _____

Kontaktlinsenwerte: _____ dpt. _____ cyl. _____ Achse _____ Durchm. _____ Radius _____

Geliefert wird immer zu dem zum Zeitpunkt der Auslieferung gültigen Preis.

Ich NUTZE die VORTEILE des LASTSCHRIFTVERFAHRENS!

Hier meine Kontoverbindung:

Konto-Nr.: _____

Name der Bank: _____

Bankleitzahl: _____

Name Kontoinhaber: _____

Unterschrift des Konto-Inhabers: _____

Die LASTSCHRIFT erfolgt am Tag der Rechnungsstellung. Sollte mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweisen, besteht seitens des Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Die durch Nichteinlösung entstehenden Kosten trägt der Konto-Inhaber.

Der Gesamtbetrag ist umgehend anzuweisen (Konto siehe Rechnung).

Die ALLGEMEINEN GESCHÄFTSBEDINGUNGEN und Lieferbedingungen für den Abo-Service (<http://www.linsencenter.de/agb.html>) erkenne ich mit meiner Unterschrift an.

ÄNDERUNGEN der Kontaktlinsenwerte können immer bis 14 Tage vor dem nächsten vereinbarten Liefertermin per Telefon, Mail oder Fax vorgenommen werden.

Ort/Datum

Unterschrift des Service-Nehmers