Kundenantrag/Aufrag

Hinweise zum Ausfüllen:



Ja, ich möchte gern Abbildungen von APOPIXX in meinem System nutzen.

Bitte speichern Sie dieses Dokument auf Ihrem Füllen Sie es dann vollständig aus, drucken und Senden Sie es uns anschließend am besten eing	
Ich bes <u>telle</u>	
APOPIXX	
für nur 45,00€/Monat¹ im	n ersten Jahr, ab dem 13. Monat für nur 63,13€/Monat
APOPIXX turbo	
für nur 45,00€/Monat¹ im	ersten Jahr, ab dem 13. Monat für nur 63,13€/Monat
APOPIXX plus für nur 75,00€/Monat	
weitere Optionen:	
Meine Daten	
Firma*	
sonst. Angaben	
Ansprechpartner*	Frau Herr
Vor-/Nachname*	
Straße, Hausnummer*	
Adresszusatz	
PLZ*	Ort*
Telefon*	
E-Mail*	
Rechnungs-E-Mail	
	ggf. abweichende E-Mail für den Versand der <u>Rechnungen</u>
Website/Shop URL*	

(sofort oder ab "Datum")

APOPIXX Produktabbildungen

c/o Kehr Holdermann GmbH & Co.KG Luxemburgstraße 7 · 06846 Dessau-Roßlau Telefon 0340-640 20 45 · Telefax 0340-640 20 17 www.apopixx.de · bilder@apopixx.de

gewünschter Vertragsstart*

Geschäfsführer: Stefan Holdermann, Apotheker Ulrich Kehr, Dipl.-Kfm. Hanns-H. Kehr

Ust.-IDNr.: DE 813793944 Handelsregister: HRA 12379 Stendal Alle Preise netto.



Die Abrechnung erfolgt quartalsweise.

(Die erste Abrechnungsperiode wird ggf. angepasst, so dass Folgerechnungen zum Kalenderquartal zugehen.)

Es gelten unsere aktuellen AGB, Nutzungs- und Lizenzvereinbarungen – abrufbar unter www.apopixx.de.

Die Mindestvertragslaufzeit für alle o.g. Produkte b	eträgt drei Monate.
Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate zum Mona	atsende.
	ndenkontos mit o.g. kostenpflichtigen APOPIXX Paket.* ng meiner Daten und der Kontaktaufnahme zur
	geänderte Produktabbildungen im System informiert
	r für die Aktualisierung des Bildbestandes selbst verantwortlich sind). eer E-Mail über Neuigkeiten und Angebote von APOPIXX
Ort, Datum	Unterschrift

- * Pflichtangaben ohne diese können wir Sie nicht als Kunden in unserem System anlegen.
- 1 Gilt nur für Neukunden, die in den letzten 24 Monaten kein Kunde bei APOPIXX waren.

Dipl.-Kfm. Hanns-H. Kehr

Stefan Holdermann, Apotheker Ulrich Kehr,

Geschäfsführer:

SEPA-Firmenlastschrift-Mandat



Ich ermächtige die Firma Kehr Holdermann GmbH & Co. KG, Luxemburgstr. 7-9, 06846 Dessau, Gläubiger-Identifikationsnummer DE71ZZZ00000029440, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Firma Kehr Holdermann GmbH & Co. KG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Es handelt sich um wiederkehrende Zahlungen, die grundsätzlich am Fälligkeitstag ohne zusätzliche Mitteilung eingezogen werden.

Dieses Lastschriftmandat dient nur dem Einzug von Lastschriften, die auf Konten von Unternehmen gezogen sind. Ich bin nicht berechtigt, nach der erfolgten Einlösung eine Erstattung des belasteten Betrages zu verlangen. Ich bin berechtigt, mein Kreditinstitut bis zum Fälligkeitstag anzuweisen, Lastschriften nicht einzulösen.

Kontaktdaten				
Anrede	Frau F	lerr		
Vorname				
Nachname				
Firma				
Straße, Hausnummer				
PLZ		Ort		
Telefon				
E-Mail				
Ihre Mandatsreferenznu	ımmer teilen wir	Ihnen a	anschl. mit.	
Bankverbindung				
Kontoinhaber				
Bank				
IBAN				
BIC				
Bankeinzug gültg: ab so	fort			
Ort, Datum			Unterschrift	

Bitte ausfüllen und je ein Exemplar versenden an:

APOPIXX Produktabbildungen
 c/o Kehr Holdermann GmbH & Co.KG
 Luxemburgstraße 7, 06846 Dessau-Roßlau
 Gläubiger-Identifikationsnummer DE71ZZZ00000029440

• Ihre Bank

Handelsregister: HRA 12379 Stendal