



per **Telefax** an 0911 - 59 12 19

Bitte zutreffendes ankreuzen. Vielen Dank!
Vorbereitet für Fenster-Kuvert

Deutsche
Gesellschaft Venen e.V.
Postfach 18 10
90007 Nürnberg

Absender (Lieferanschrift):

Name

Vorname

Institution / Einrichtung

Straße

PLZ / Ort

Bestellung

des aktuellen DGV Venenkliniken-/Venenärzte Verzeichnis

Bitte senden Sie mir/uns gegen **Vorauskasse** (V-Scheck oder Bank-Lastschrift)

_____ DGV Venenkliniken-/Venenärzte-Verzeichnis á 10,- € = _____ €
inkl. Versand =====

- Der Gesamtbetrag kann abgebucht werden von Konto: Verrechnungsscheck
Diese Bankeinzugsermächtigung (SEPA-Lastschrift) gilt nur für diesen einen Auftrag! *liegt bei*

Bank: _____ BIC: _____

IBAN: | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ (Kontonummer)

Ich/wir ermächtigen die Deutsche Gesellschaft Venen e.V. (Gläubiger-ID-Nummer: DE42DGV00000159748), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutsche Gesellschaft Venen e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Die DGV-Mandatsreferenz wird auf dem Rechnungsbeleg mitgeteilt. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Sie erhalten mit der Lieferung eine Originalrechnung für Ihre Buchhaltung. Lieferung gegen Rechnung ist nur an staatliche oder kommunale Einrichtungen möglich. Mitglieder der Deutsche Gesellschaft Venen e.V. (DGV) erhalten je ein Verzeichnis – bei **Angabe der Mitgliedsnummer** – kostenlos zugesandt.

Datum

Unterschrift / Stempel