

MEDI-CENTER KRIEGER

Ihre Anschrift:

Ihre Kundennummer:

MEDI - CENTER Mittelrhein GmbH
David-Roentgen-Str. 2-4
56073 Koblenz
Fax: 0261 – 46091 - 55
E-Mail: bestellung@medi-center.de

Ihre Bestellung

Bitte nutzen Sie dieses Formular für Ihre nächste und gerne auch für alle zukünftigen Bestellungen, damit wir Sie unverzüglich versorgen können. Schicken Sie es unterschrieben per Post, Fax oder gescannt als E-Mail an das MEDI - CENTER.

Artikelbezeichnung	Tagesbedarf

- Ich bestelle wie im Vormonat geliefert**
- Ich wünsche in Zukunft eine automatische monatliche Belieferung**

anderer Zeitraum: alle 6 Wochen alle 2 Monate sonstiger Wunsch: _____

Datum, Ort, Unterschrift Kunde
(ggf. gesetzl. Betreuer)

Gerne nehmen wir Ihre Bestellungen auch online entgegen:
E-Mail: bestellung@medi-center.de
Internet: www.medi-center.de

Postbank Frankfurt/Main
IBAN: DE21 5001 0060 0997 8906 01
SWIF-BIC: PBNKDEFF

IK-Nr. 3 30710178
Ust.-ID-Nr. DE 811339694
Gläubiger-Identifikationsnummer
DE95ZZZ00000028329