Bestellschein

Fax +49 (0) 6452-574 292 29 /
ahb@beulen-doktoren.de

AHB Tools Katalog 2014

Kundennr.:
(falls bekannt)

Absender (Firmenstempel)

(Bitte in Druckschrift)

Inhaber/Vorname:_____ Name:_____

Straße:_____ Nr.:____

PLZ._____ Ort:_____

Telefon/Durchwahl:_____ Telefax:_____

Zuständig ist Herr/Frau:_____

Datum:_____

E-Mail:_____

Werbeantwort an

AHB® Autohandel Bedarf GmbH

An der Tongrube 2
40789 Monheim

Bestell-Nr.	Artikelbezeichnung	Farbe	Menge	Einzelpr.	Gesamt
		Gesamtbetrag			

Vielen Dank für Ihren Auftrag

Noch schneller geht es, wenn Sie uns anrufen:
Bestellannahme: Tel. 0 21 73/16 4-0 · Free Fax: 08 00/2 42 32 93 www.ahb-international.com · info@ahb-international.com · www.ahb-shop.com

Versandkostenfrei ab € 300,- Netto-Warenwert*. Angegebene Preise gelten nur innerhalb Deutschlands.

*Der AHB-Katalog ist für Industrie, Handel, Handwerk und Gewerbe bestimmt. Wir liefern zu unseren Liefer- und Zahlungsbedingungen. Gerichtsstand ist Langenfeld. Alle Waren bleiben bis zur vollständigen Bezahlung unser Eigentum. Alle Preise gelten zzgl. MwSt. Um unsere Preise halten zu können, beträgt der **Mindestauftragswert € 25,-** netto. Für Auftragswerte **unter € 25,- müssen wir einen Mindermengenzuschlag von € 5,-** berechnen. Bis € 300,- Warenwert + € 1,90 Verpackungs- und € 5,95 Versandkosten, ab € 300,- Warenwert versandkostenfrei. Ausgenommen bei Kennzeichenverstärkern, ab 500 Stück frachtfrei, bis 500 Stück € 10,- /100 Stück. Fahnenmaste nach Aufwand der Spedition.

Wir liefern normalerweise gegen offene Rechnung. **Falls Sie es wünschen, können Sie bei AHB zeitsparend und problemlos per SEPA Basismandat / SEPA Firmenmandat bezahlen (5% Skonto).** Hierzu das untenstehende Formular ausfüllen - fertig.

SEPA Basismandat / SEPA Firmenmandat (Bitte ausfüllen falls gewünscht) Kunden-Nr. D – Erteilung Lastschrifteinzug

Gläubiger-Identifikationsnummer DE92ZZZ00000837072 Mandatsreferenz D – SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die AHB GmbH, An der Tongrube 2, 40789 Monheim am Rhein Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AHB GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name / Vorname

Straße und Hausnummer Postleitzahl und Ort

Name Kreditinstitut

BIC __ __ __ __ __ __ | __ __ __ IBAN __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Datum/Ort: Unterschrift:

Diese Angaben sind auf Grund neuester, gesetzlicher Bestimmungen unbedingt erforderlich.

Finanzamt_____ Steuer-Nr._____ USt.Id.Nr._____