Unfallkrankenhaus Linz

Angestelltenbetriebsrat, z. H. BRV Kronsteiner Martina

Garnisonstraße 7

4010 Linz

**MITARBEITERBESTELLUNG APOTHEKENWAREN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name | Abteilung | Tel: | Datum |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Packung / Stück  od. Menge | Artikelbezeichnung (bitte so genau wie möglich) | Bemerkung:  z. B.: Rezept anbei |
| ............Pkg zu............ |  |  |
| ............Pkg zu............ |  |  |
| ............Pkg zu............ |  |  |
| ............Pkg zu............ |  |  |
| ............Pkg zu............ |  |  |
| ............Pkg zu............ |  |  |
| ............Pkg zu............ |  |  |
| ............Pkg zu............ |  |  |
| ............Pkg zu............ |  |  |

Name:

Bankeinzug (nur wenn Konto in Österreich):

Hiermit ermächtige/n ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Einzug einzuziehen. Damit ist auch meine/unsere kontoführende Bank ermächtigt, die Einzüge einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich/wir haben das Recht, innerhalb von 8 Wochen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner/unserer Bank zu veranlassen.

Kreditinstitut: …………………………………………………………..

IBAN: ………………………………………………………….. BIC:……………......................

Datum: …………………………………Unterschrift: ………………………………………….……………….

oder:

Zahlung per Kreditkarte: Amex / Diners / Master / Visa (Nichtzutreffendes streichen)

Nr:……………………………… gültig bis ………………..

Datum: Unterschrift: …………………………………………………