



An  
**MCW GesmbH**  
Befundkartenservicecenter  
Hauptplatz 35  
9462 Bad St. Leonhard

Fax: +43 (0) 4350 20187 22  
[befundkarte@mcw.at](mailto:befundkarte@mcw.at)

## BESTELLUNG

Ich wünsche **eine Erweiterung der manuellen Speicherkapazität:**  
Preis: pro weitere 100 MB - € 9,90 (inkl. MwSt) pro Jahr

\_\_\_\_\_ gewünschte Gesamt-Speicherkapazität in MB

Benutzercode

Titel

Vorname

Nachname

Email

Telefon

Anmerkung

Hiermit bestelle ich die gewünschte Speichererweiterung und bestätige, dass ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen gelesen und akzeptiert habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum; Unterschrift

**MCW Handelsgesellschaft m.b.H.**

Breuninggasse 6  
1230 Wien  
www.mcw.at

T: +43 1 585 11 00  
F: +43 1 585 11 00 22  
befundkarte@mcw.at

Sparkasse der Stadt Korneuburg  
IBAN: AT03 2022 7000 0000 6999  
BIC: SSKOAT21XXX  
DVR: 0578304 UID: ATU15130604


 **Ermächtigung eines SEPA- Lastschrift - Mandats**
**ZAHLUNGSEMPFÄNGER:**
**MCW HandelsgesmbH**

 Breuninggasse 6  
 1230 Wien  
 AUSTRIA

**Creditor ID:** AT91ZZZ00000038359

**IBAN:** AT03 2022 7000 0000 6999

**BIC:** SSKOAT21XXX

E-Mail: befundkarte@mcw.at

Tel: +43 (1) 667 5665

Fax: +43 (1) 667 5665 22

ZAHLUNGSART

 Wiederkehrender Einzug  Einmaleinzug

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen **MCW HandelsgesmbH** Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA - Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ unser Kreditinstitut an, die von der **MCW HandelsgesmbH** auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA – Lastschriften einzulösen. Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kundennummer/ Mandatsreferenznummer

**ANGABEN ZUM ZAHLUNGSPFLICHTIGEN**

Vorname/Nachname

Straße/ Hausnummer

PLZ/ Ort

**ANGABEN ZUM KONTOINHABER (falls dieser vom Zahlungspflichtigen abweicht)**

Vorname/Nachname

Straße/ Hausnummer

PLZ/Ort

**BANKVERBINDUNG (finden Sie auf Ihren Kontoauszügen)**

IBAN:

BIC:

Ort, Datum

 Unterschrift  
 Zahlungspflichtige(r)

 Unterschrift  
 Kontoinhaber

 **Zahlung mit ERLAGSCHEIN**

Kundennummer/ Bestellnummer

**ANGABEN ZUM ZAHLUNGSPFLICHTIGEN**

Vorname/Nachname

Straße/ Hausnummer

PLZ/ Ort

**Rechnungsempfänger falls abweichend vom Zahlungspflichtigen**

Vorname/Nachname

Straße/ Hausnummer

PLZ/Ort

Ort, Datum

 Unterschrift  
 Zahlungspflichtige(r)