



An
MCW GesmbH
Befundkartenservicecenter
Hauptplatz 35
9462 Bad St. Leonhard

Fax: +43 (0) 4350 20187 22
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)