

**1. Leistungen und Tarife** (bitte ankreuzen)

alle Preise zzgl. MWSt.

**PIN Only**

Ich nutze P-I-N über meinen bisherigen Provider  
(Internetzugang vorhanden) (Rechnungsstellung  
erfolgt jährlich im Voraus!)

7,85 € pro Monat  MIDAS\*  
(94,20 € pro Jahr)

\*PIN-Gebühr (entfällt bei MIDAS)

Prüfen Sie ob wir Internet- / Telefonkosten einsparen können.

Rufen Sie mich zurück

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Beste Anrufzeit: \_\_\_\_\_

Bisherige Telefonrechnung liegt bei.

**2. Persönliche Angaben** (bitte Ihre Apothekenanschrift vollständig ausfüllen, bzw. ergänzen)

IDF-Nummer: \_\_\_\_\_ Vertriebszentrum: \_\_\_\_\_

Apotheke: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße / Hs.-Nr.: \_\_\_\_\_ USt.ID oder St.-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Telefon / Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**3. Einzugsermächtigung** (bitte immer ausfüllen, außer bei einer MIDAS-Mitgliedschaft)

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_ Kontonummer: \_\_\_\_\_

Bank/Sparkasse: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Ich ermächtige hiermit die I-Motion GmbH widerruflich, die Rechnungsbeträge vom genannten Konto im Lastschriftverfahren per Einzugsermächtigung abzubuchen. Die jeweiligen Bedingungen für die Teilnahme am Lastschriftverfahren per Einzugsermächtigung erkenne ich an. Alle Preise sind Nettopreise zuzüglich der zum Zeitpunkt der Rechnungsstellung geltenden Mehrwertsteuer.  
ggf. ankreuzen:

Rechnung per Briefpost gewünscht, nicht per E-Mail (2,00 € monatl. Gebühr)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_