

Bestelldaten	
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr _____ <div style="text-align: center;">Firma</div> _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;">TitelVorname</div> _____ <div style="text-align: center;">Name</div> _____ <div style="text-align: center;">Straße und Hausnummer</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;">__________</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;">PLZOrt</div> _____ <div style="text-align: center;">Telefon (für Rückfragen)</div> _____ <div style="text-align: center;">E-Mail (für Rückfragen, kein Newsletter)</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;">_______________</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;">KundennummerGeburtsdatum</div>	<input type="checkbox"/> Abweichende Lieferadresse: _____ <div style="text-align: center;">Firma</div> _____ <div style="text-align: center;">Vorname, Nachname</div> _____ <div style="text-align: center;">Straße und Hausnummer</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;">__________</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;">PLZOrt</div> <input type="checkbox"/> Versand mit DPD (5,99 €)* <input type="checkbox"/> Versand mit DHL (Kosten werden anhand des Paketgewichts ermittelt)* <small>* versandkostenfrei bei Warenwert über 150,00 € innerhalb Deutschlands</small> Ich lege dieser Bestellung <input type="checkbox"/> Originalrezepte bei.

Bestellung			
PZN*	Name des Produktes	Packungsgröße**	Anzahl
_____	_____	_____	____
_____	_____	_____	____
_____	_____	_____	____
_____	_____	_____	____
_____	_____	_____	____
_____	_____	_____	____

* Die 8-stellige PZN finden Sie auf der Verpackung in der Nähe des Strichcodes ** z.B. 30 Stück oder 500ml

Zahlungsart	
<input type="checkbox"/>	Vorkasse Unsere Bankverbindung: Commerzbank AG IBAN: DE69 3804 0007 0325 5445 00 und BIC: COBADEFFXXX
<input type="checkbox"/>	Rechnung Bei dieser Zahlungsart kann nach dem Ergebnis einer Bonitätsprüfung der Ausschluss dieser Zahlungsart erfolgen.
<input type="checkbox"/>	Bankeinzug Bei dieser Zahlungsart kann nach dem Ergebnis einer Bonitätsprüfung der Ausschluss dieser Zahlungsart erfolgen.
_____	<div style="display: flex; justify-content: space-between;">Kontoinhaber_____</div> <div style="text-align: center;">IBAN</div>
_____	<div style="display: flex; justify-content: space-between;">Bankinstitut_____</div> <div style="text-align: center;">BIC</div>
Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen.	
_____ Unterschrift	

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen von Inkodirekt. (www.inkodirekt.de/AGB)

Ort, Datum

Unterschrift