

Bestelldaten	
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr _____ <div style="text-align: center;">Firma</div> _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Titel Vorname </div> _____ Name _____ Straße und Hausnummer <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> PLZ Ort </div> _____ Telefon (für Rückfragen) _____ E-Mail (für Rückfragen, kein Newsletter) <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Kundennummer Geburtsdatum </div>	<input type="checkbox"/> Abweichende Lieferadresse: _____ Firma _____ Vorname, Nachname _____ Straße und Hausnummer <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> PLZ Ort </div> <input type="checkbox"/> Versand mit DPD (4,89 €)* <input type="checkbox"/> Versand mit DHL (Kosten werden anhand des Paketgewichts ermittelt)* <small>* versandkostenfrei bei Warenwert über 100,00€ innerhalb Deutschlands</small> Ich lege dieser Bestellung <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> Originalrezepte bei.

Bestellung			
PZN*	Name des Produktes	Packungsgröße**	Anzahl
<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div>	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div>
* 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.
_____ Kontoinhaber	<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> IBAN
_____ Bankinstitut	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> BIC
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