

BESTELFORMULIER OOGDRUPPEL- PRODUCTEN

Organisatie: _____

Naam tekeningsbevoegd persoon: _____

Adres: _____

Postcode & woonplaats: _____

Telefoon: _____

OOGDRUPPELWAAIER

Bij bestelling van 10 tot 99 stuks kost de Oogdruppelwaaier € 1,- per stuk, incl. verzendkosten en 19% BTW.

Minimale afname 10 stuks. Ik bestel stuks.

Bij bestelling van > 100 stuks kost de Oogdruppelwaaier € 0,75 incl. verzendkosten en 19% BTW.
Ik bestel stuks.

PROMOTIEKAARTJES www.oogdruppelen.nl (creditcard formaat) om aan patiënten/ medewerkers te geven

De kaartjes kosten € 0,25 per stuk incl. verzendkosten en 19% BTW.

Minimale afname 10 stuks. Ik bestel stuks.

KEUZEWIJZER OOGDRUPPEL HULPMIDDELEN (overzicht van alle hulpmiddelen, met uitleg en inkoopinformatie)

De keuzewijzers kosten € 6,50 per stuk incl. verzendkosten en 19% BTW.

Ik bestel stuks.

EENMALIGE AUTOMATISCHE AFSCHRIJVING

Een eenmalige automatische afschrijving kan pas plaatsvinden als u daar zelf toestemming voor geeft. Noteer uw rekeningnummer en de datum op de onderstaande machtiging, zet uw **handtekening** en stuur de machtiging op naar Het Oogziekenhuis Rotterdam. Een éénmalige automatische afschrijving is onherroepbaar.

Verklaring: hierbij verleen ik éénmalige machtiging aan Het oogziekenhuis Rotterdam om een totaalbedrag van € _____ af te schrijven van onderstaand rekeningnummer. Ik verklaar mij akkoord met de regeling zoals deze in voorgaande alinea staat vermeld.

Datum: ____ / ____ / _____

Handtekening:

Dit formulier s.v.p. sturen naar:
Het Oogziekenhuis Rotterdam
T.a.v. Letitia Chin
Postbus 70030
3000 LM Rotterdam

Rekeningnummer

Girorekening

Bankrekening

Op naam van: _____ te _____

Contact: mevrouw Chin, 010- 4017 705
Oogziekenhuis BTW nummer: 002771305B01
KVK nummer: 41125492