Einzugsermächtigung geben und zukünftig 25 % auf Diagnostik-bestellungen bei HAL Allergie sparen

Bei Erteilung einer Einzugsermächtigung erhalten Sie als in Deutschland niedergelassene Ärztin oder niedergelassener Arzt zukünftig 25 % auf den Nettopreis Ihrer Diagnostikbestellungen bei HAL Allergie. Dieser Rabatt gilt bis auf Widerruf und ist nicht kombinierbar mit anderen Sonderkonditionen auf Diagnostika.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die HAL Allergie GmbH, Düsseldorf als Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name Ärztin/Arzt: _____

Praxisadresse: _____

PLZ Ort: _____

ggf. HAL Allergie-Kundennummer: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Name der Bank: _____

Name KontoinhaberIn: _____
(sofern nicht identisch mit dem Arzt)

Bei schriftlichem Widerruf der Einzugsermächtigung entfällt der 25-prozentige Preisvorteil ab der nächsten Bestellung.

Marketing-Einwilligung (optional)

☐ Ja, ich möchte künftig Informationen zu Produkten, Dienstleistungen, Angeboten, Veranstaltungen und Neuigkeiten von HAL Allergie per E-Mail erhalten.

Meine E-Mailadresse: _____

Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, z. B. über den Abmeldelink in jeder E-Mail oder durch eine schriftliche Mitteilung an HAL Allergie. Weitere Informationen zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten finde ich in der Datenschutzerklärung.

Datum, Unterschrift Ärztin oder Arzt: _____

Datum, Unterschrift KontoinhaberIn: _____
(sofern nicht identisch)

HAL Allergie GmbH, Poststraße 5-6, 40213 Düsseldorf