



# MEDI-CENTER MITTELRHEIN

**Ihre Anschrift:**

---

---

---

**Ihre Kundennummer:**

---

MEDI - CENTER Mittelrhein GmbH  
David-Roentgen-Str. 2-4  
56073 Koblenz  
Fax: 0261 – 46091 - 55  
E-Mail: [bestellung@medi-center.de](mailto:bestellung@medi-center.de)

## **Ihre Bestellung**

Bitte nutzen Sie dieses Formular für Ihre nächste und gerne auch für alle zukünftigen Bestellungen, damit wir Sie unverzüglich versorgen können. Schicken Sie es unterschrieben per Post, Fax oder gescannt als E-Mail an das MEDI - CENTER.

<b>Artikelbezeichnung</b>	<b>Tagesbedarf</b>

**Ich bestelle wie im Vormonat geliefert**

**Ich wünsche in Zukunft eine automatische monatliche Belieferung**

anderer Zeitraum:  alle 6 Wochen  alle 2 Monate  sonstiger Wunsch: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort, Unterschrift Kunde  
(ggf. gesetzl. Betreuer)

Gerne nehmen wir Ihre Bestellungen auch  
online entgegen:  
E-Mail: [bestellung@medi-center.de](mailto:bestellung@medi-center.de)  
Internet: [www.medi-center.de](http://www.medi-center.de)

Postbank Frankfurt/Main  
IBAN: DE21 5001 0060 0997 8906 01  
SWIF-BIC: PBNKDEFF

IK-Nr. 3 30710178  
Ust.-ID-Nr. DE 811339694  
Gläubiger-Identifikationsnummer  
DE95ZZZ00000028329