

SEVERINS GmbH
Am Lippeglacis 16-18
46483 Wesel

Versandschein vom _____

Kunden-Nr. _____

IK.-Nr. _____

Anzahl Rezepte _____ Euro _____
(Angabe wenn vorhanden)

Ich wünsche die Auszahlung nach 3 Arbeitstagen nach Eingang
(zutreffendes bitte ankreuzen) 10 Kalendertagen
 25 Kalendertagen

Ich wünsche eine Auszahlung per Blitzüberweisung
(Mehrpreis 10,00 €, Bankgutschrift am Auszahlungstag)

Stempel und Unterschrift