

# Bestellung / Probeschlafvereinbarung

zurücksenden an oder faxen an 06728-555

**Medi stretch®** Vertrieb  
 Kreisstrasse 4  
 55437 Nieder-Hilbersheim

.....  
 Vorname Name geb. am

.....  
 Straße / Hausnummer PLZ Wohnort

.....  
 Telefon Mobil Fax E-Mail

hiermit bestelle ich zu den unten genannten Konditionen:

Alle Preise in Euro inkl. MwSt.

**Pantera® Komfortschaum**

..... **Medi stretch®** - Matratze Größe ..... x ..... cm Körpergröße ..... cm Gewicht ..... kg, Preis ..... €

..... **Medi stretch®** - Matratze Größe ..... x ..... cm Körpergröße ..... cm Gewicht ..... kg, Preis ..... €

..... **Medi stretch®** - Kissen soft ..... medium ..... firm ..... á ..... Preis ..... €

..... **Medi stretch®** - Rollrahmen ..... á ..... Preis ..... €

**Gesamtpreis** ..... €

Sonstiges :

.....  
 .....

Nach telefonischer Absprache liefert Ihnen die Firma **Medi stretch®** Vertrieb die o.g. Artikel per DHL.

- auf Rechnung (zahlbar innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt der Ware, somit entfällt die Kostenpauschale)
- für **90 Tage zum Probeschlafen** (gegen eine Kostenpauschale von 157,40 € bei Übergrößen 205,20 € je System)

Die Kostenpauschale wird voll auf den Kaufpreis angerechnet und ist innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt der Ware auf das Konto der Firma **Medi stretch®** Vertrieb zu überweisen. Der Restbetrag, abzüglich der Kostenpauschale, ist innerhalb von 5 Tagen nach Testende zu zahlen. Im Fall der Rücksendung kann die Kostenpauschale (unabhängig von der Testzeit) nicht zurückerstattet werden. Die Matratze muss innerhalb von 5 Tagen nach Testende in der Originalverpackung und in einwandfreiem Zustand (Rückporto tragen Sie) bei **Medi stretch®** Vertrieb eingegangen sein. Nebenabreden bedürfen Schriftform. Die gelieferte Ware bleibt bis zur vollständigen Bezahlung Eigentum der Firma **Medi stretch®** Vertrieb.

gewünschter Liefertermin: .....

.....  
 Ort Datum Unterschrift Kunde