

Auftrag zur Einrichtung eines Stammzelldepots

Postanschrift: Vita34 AG | Perlickstraße 5 | 04103 Leipzig

Telefon: 0800 034 00 00 | Telefax: +49 (0)341 48792-20 | E-Mail: kundenservice@vita34.de

Von den zukünftigen Sorgeberechtigten des Kindes/der Kinder (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)					
Name der Mutter		Vorname der Mutter		Name des Vaters	
Straße		Straße		Vorname des Vaters	
Staat/PLZ/Ort		Staat/PLZ/Ort		Telefon	
Telefon		Telefon		E-Mail	
E-Mail		E-Mail		Geburtsdatum	
Geburtsdatum		Bereits Kunde: ID-Nummer		Bereits Kunde: ID-Nummer	
Zu Gunsten des noch nicht geborenen Kindes/der Kinder					
Errechneter Entbindungstermin		Anzahl der erwarteten Kinder		Betreuender Gynäkologe (Name, Ort)	
Geplanter Kaiserschnitt-Termin		Name der Entbindungseinrichtung		Ort der Entbindungseinrichtung	

Ich bestelle folgende Vertragsvariante (Preis inkl. Mehrwertsteuer gemäß Preisliste vom 01.11.2018)

<input type="checkbox"/> VitaPur Paketpreis: 990,00 € Jahresgebühr ab Einlagerung: 120,00 €	<input type="checkbox"/> VitaPlus Paketpreis: 1.990,00 € Jahresgebühr ab Einlagerung: 48,20 €	<input type="checkbox"/> VitaPlus25 Paketpreis: 2.595,00 € Jahresgebühr ab dem 26. Lebensjahr: 48,20 €	<input type="checkbox"/> VitaPlus50 Paketpreis: 3.500,00 € Jahresgebühr ab dem 51. Lebensjahr: 48,20 €
<input type="checkbox"/> VitaPlusNabelschnur Paketpreis: 2.490,00 € Jahresgebühr ab Einlagerung: 72,20 €	<input type="checkbox"/> VitaPlusNabelschnur25 Paketpreis: 3.395,00 € Jahresgebühr ab dem 26. Lebensjahr: 72,20 €	<input type="checkbox"/> VitaPlusNabelschnur50 Paketpreis: 4.800,00 € Jahresgebühr ab dem 51. Lebensjahr: 72,20 €	

Bei Mehrlingsgeburten: für das 2. Kind 50 % der Vertragsgebühr, für das 3. und weitere Kinder kostenfrei, Jahresgebühr von 48,20 Euro je Kind.*

<input type="checkbox"/> Ich wähle zusätzlich das Spendenprodukt VitaMeins&Deins .* (Diese Option ist für Sie kostenfrei. Vita 34 übernimmt alle Zusatzkosten.)	<input type="checkbox"/> Ich wünsche den Versand des Entnahmepakets als Expresslieferung gegen Gebühr.
<input type="checkbox"/> Ich wähle zusätzlich das Spendenprodukt VitaPlusSpende .* (Diese Option ist für Sie kostenfrei. Vita 34 übernimmt alle Zusatzkosten.)	<input type="checkbox"/> Ich wünsche einen Rückruf bzgl. einer Finanzierung .*
<input type="checkbox"/> Ich wähle das Zusatzprodukt Vorsorge-Screening .* (DNA-Untersuchung auf gesundheitliche Risiken für 390,00 €)	

* Nicht bei VitaPur buchbar.

Ich habe die allgemeinen Geschäftsbedingungen bzw. die allgemeinen Geschäftsbedingungen VitaPur vom 01.11.2018 der Vita 34 AG und die Widerrufsbelehrung zur Kenntnis genommen und als Vertragsbestandteil akzeptiert. Die Annahme des Auftrags dokumentiert mir Vita 34 durch die Zusendung einer Auftragsbestätigung.

Datum _____ Unterschrift der werdenden Mutter (zwingend erforderlich) _____ Unterschrift des werdenden Vaters _____

Bitte beachten Sie die Bankeinzugsdaten auf der Rückseite.

Deutscher Platz 5a | 04103 Leipzig | Telefon: +49 (0)341 48792-0 | Telefax: +49 (0)341 48792-20 | E-Mail: info@vita34.de | Internet: www.vita34.de
 HRB 20339 | Amtsgericht Leipzig | Ust.IdNr. DE 239 733 620 | Bankverbindung: Commerzbank, IBAN: DE57 8604 0000 0100 3334 00 BIC: COBADEFFXXX
 Vorsitzender des Aufsichtsrates: Frank Köhler | Vorstand: Dr. Wolfgang Knirsch (Vorsitzender), Falk Neukirch

Lastschrift-Mandat

Creditor-ID: DE05ZZZ00000013556

Hiermit ermächtige ich die Vita 34 AG, Zahlungen einmalig/wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Vita 34 AG auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Das SEPA-Lastschrift-Mandat gilt für:	Das SEPA-Lastschrift-Mandat gilt für:
<input type="checkbox"/> die Vertragsgebühr inkl. Anzahlung (einmalige Zahlung)	<input type="checkbox"/> die Vertragsgebühr inkl. Anzahlung (einmalige Zahlung)
<input type="checkbox"/> die Jahresgebühr (wiederkehrende Zahlung)	<input type="checkbox"/> die Jahresgebühr (wiederkehrende Zahlung)
_____ Name des Kontoinhabers	_____ Name des Kontoinhabers
_____ Straße und Hausnummer	_____ Straße und Hausnummer
_____ Postleitzahl und Ort	_____ Postleitzahl und Ort
_____ Name des Kreditinstituts	_____ Name des Kreditinstituts
_____ BIC	_____ BIC
_____ IBAN	_____ IBAN
_____ Unterschrift	_____ Unterschrift