Bestellung

an:

Ihr Fachhändler:

von:

Absenderstempel

Rechnungsadresse (Bitte vollständig ausfüllen)

Firma

Straße und Hausnummer

PLZ Ort

Tel. Fax

Ansprechpartner:

E-Mail

Datum und Unterschrift

Kunden-Nummer

Lieferanschrift (Falls abweichend)

Firma

Straße und Hausnummer

PLZ Ort

Tel. Fax

E-Mail

Bitte legen Sie meiner Bestellung folgende Informationen bei:

medical products Gesamtkatalog	**Z1 93-P**	◯
emergency products Ihr Notfall-Fachkatalog	**Z1 98-PL**	◯
gyn products Ihr gynäkologischer Fachkatalog	**Z1 120**	◯
pflege aktuell Ihr Reha- und Orthopädie-Fachkatalog	**Z1 40**	◯
Schnelldiagnostik Schnellteste für die Praxis, das Labor, etc.	**Z1 04-07-03**	◯
X-ray products Ihr radiologischer Fachkatalog	**Z1 22**	◯

Wir bestellen zur schnellstmöglichen Lieferung unter Anerkennung Ihrer Geschäftsbedingungen

Art.-Nr.	Artikelbezeichnung	Menge	Einzelpreis