Paramedica-Care

BESTELL-FORMULAR

PER FAX AN	TELEFONISCH UNTER	PER E-MAIL AN
+49(0)2252-838889	+49(0)2252-838890	auftrag@paramedica-care.com

Kunden-Nr. falls vorhanden _____
Name: _____
Telefon-Nr: _____
Telefax: _____
E-mail: _____

Hiermit bestelle ich zu Ihren Allgemeinen Verkaufs- und Lieferbedingungen folgende Artikel:

Artikel nr.	Artikelbezeichnung	Bestellmenge	Preis in € zzgl MwSt. zzgl Versandkosten

Ort / Datum

Unterschrift Firmenstempel

Rechnunganschrift

Straße, Nr

PLZ, Ort

Lieferanschrift falls abweichend von Rechnunganschrift

Straße, Nr

PLZ, Ort