

**Kostenloses Service-Fax: 0800-0005511**

Artikel-Nr.	Artikel/Farbe	Anzahl
Gesamt		

Alle Preise verstehen sich zzgl. 19% MwSt. Wir liefern zu unseren Zahlungs- und Lieferbedingungen portofrei ab 100,00 EUR.

**Zahlungsart, bitte ankreuzen:**

- per Rechnung
- per Bankeinzug (3% Skonto)
- per Rezept

Name \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

**Lieferadresse**

Praxis/Firma \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Praxisstempel

