

Bestellung

Per Fax an: +49 (0) 721 781 97 89



KundenNr:

D						
---	--	--	--	--	--	--

Rechnungsadresse (Praxisstempel)

DentaMed Heiko Pohle
Thyssenstr. 12
D-76344 Eggenstein

Tel.: +49 (0) 721 781 978-8
Fax: +49 (0) 721 781 978-9
Mail: info@dentamed.de
Web: www.dentamed.de

Versandadresse (Wenn abweichend von Rechnungsadresse)

Praxisname
Vor- und Nachname
Anschrift
Postleitzahl Ort

Ansprechpartner für Rückfragen

**Bitte bestätigen Sie uns diese Bestellung.
Bei Lieferverzögerungen bitten wir um
Nachricht.**

Vor- und Nachname
Telefon
eMail

Hiermit bestellen wir zu Ihren Allgemeinen Geschäftsbedingungen:

Menge	Artikel-Nr.	Artikelbezeichnung	Hersteller

_____ Datum _____

_____ Unterschrift _____

Bestellt von