Bestell-Formular

QMD 7.4.1.5a Revision 03 28. März 2014

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular entweder per Fax oder Email an:

Fax: 0234 / 54622444 bzw. E-Mail: sales@innotom.com

Rechnungsanschrift:

Praxis / Krankenhaus:			
Empfänger:			
Adresse:		Kundennr.: (wenn vorhanden)	
PLZ/Ort:		Bestellnr.:	
Telefon/Fax:		Bestellt durch:	

Lieferanschrift: ***(Falls nicht identisch mit Rechnungsanschrift)***

Praxis / Krankenhaus:	
Empfänger:	
Adresse:	
PLZ/Ort:	
Telefon/Fax:	

Bestellung:

Lfd. Nr.	**Artikelnr.**	**Bezeichnung**	**VE**	**Gesamtmenge (Stk)**
			Summe	

Datum, Unterschrift