

# Bestell-Formular

QMD 7.4.1.5      Revision 03      02. April 2019



**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:              |  | Kundenr.:        |  |
|                       |  | (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) |
|----------|------------|-------------|----|-------------------|
|          |            |             |    |                   |
|          |            |             |    |                   |
|          |            |             |    |                   |
|          |            |             |    |                   |
|          |            |             |    |                   |
|          |            |             |    |                   |
|          |            |             |    |                   |
|          |            |             |    |                   |
|          |            |             |    |                   |

---

**Datum, Unterschrift**