F A X – Bestellformular

(Dieses Formular können Sie mehrmals verwenden, wenn Sie vor Ihrer Bestellung eine Kopie anfertigen.)

Empfänger:
MEPRO Dr. Stehr Medizintechnik GmbH
Am Erlengrund 13

FAX: 0 3 5 1 / 8 9 6 6 3 9 - 1 1

01156 Dresden

Bestell - Nr. (falls bekannt)	**Menge (Stück)**	Artikelbezeichnung	Größe, Farbe o.ä.	**Einzelpreis € (netto)**

zuzüglich MwSt.

*Bitte versuchen Sie den **Mindestbestellwert von 100 € netto** zu erreichen, damit die Versandkosten (6€) entfallen können.*
*Bei Bestellung von Sprechstundenbedarf bitten wir, **Rezepte** spätestens bei Warenanlieferung bereitzuhalten.*

Adresse / Praxisstempel:

Ja, ich will mehr....

☐ *Bitte rufen Sie mich an.*

☐ *Geräteprüfung nach MPG*

☐ *Sicherheitstechnische Betreuung gewünscht*

☐ *persönliche Beratung wegen neuem Gerät, neuer Einrichtung, sonstiger Investition*

Datum / Unterschrift