

# F A X – Bestellformular – Sprechstundenbedarf

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

Empfänger:

**MEPRO Dr. Stehr Medizintechnik GmbH**  
**Leipziger Str. 33**

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

**01097 Dresden**

Bestell - Nr. (falls bekannt)	Menge (Stück)	Artikelbezeichnung	Größe, Farbe o.ä.
		Hautdesinfektion	
		Infusionsmaterial	
		Verbandsmaterial	
		Kompressen	
		Pflaster	
		Moderne Wundversorgung	
		Schlauch- und Fertigverbände	
		Alkoholtupfer	
		Stützverbände	
		Mundspatel, Tupfer	
		ausgewählte Teststreifen	
		Infusionslösungen	
		Nahtmaterial	
		Sonstiges	

Bitte übergeben Sie uns die dazugehörigen **Rezepte** spätestens bei Lieferung.

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

**Sonstige Bemerkungen:**