

F A X – Bestellformular

(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.	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