

## Bestellung

### RECHNUNGSANSCHRIFT:

Name\*: .....  
Firmenname: .....  
Anschrift\*: .....  
PLZ / Ort\*: .....  
Telefon\*: .....  
Telefax: .....  
Email: .....

\* Pflichtfelder – bitte ausfüllen.

### LIEFERANSCHRIFT (SO FERN VON RECHNUNGSADRESSE ABWEICHEND):

Name: .....  
Firmenname: .....  
Anschrift: .....  
PLZ Ort: .....

### HIERMIT MÖCHTE/N ICH/WIR BEI IHNEN FOLGENDE ARTIKEL BESTELLEN:

MENGE	EINHEIT	BESTELL-NR. / BESCHREIBUNG	STÜCKPREIS	SUMME

Die Preise verstehen sich zuzügl. Versandkosten.

Zahlungsweise nach Vereinbarung.

### Sonstige Mitteilungen:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Bitte per Fax an 03212 - 1158712 oder  
per Mail an [kontakt@klippert-medizintechnik.de](mailto:kontakt@klippert-medizintechnik.de) senden.