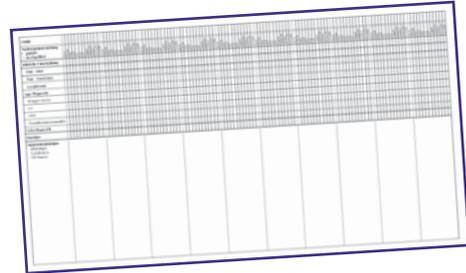


Bestellformular

Nachsorgepass Dermatologie



JA, hiermit bestelle ich verbindlich:

_____ Paket(e) à 50 Stück Nachsorgepässe
für die Patienten meiner dermatologischen Praxis
zum Preis von 35,00 EUR pro Paket (inkl. 19 % MwSt.)
inklusive Porto und Verpackung

➔ **Rechnungs- und Lieferadresse:**

.....
Titel, Vorname, Name

.....
Straße, Nr.

.....
PLZ, Ort

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

➔ **Bestellformular per Fax schicken an: 07321 - 94 69 1 - 40**



c/o med info GmbH
Hainenbachstr. 25
89522 Heidenheim
Tel.: 07321 - 94 69 1 - 20
E-Mail: info@bvdd-service.de