

Anfrage-/Bestellformular

Kauf auf Rechnung

Bestellung

Anfrage



Rechnungsadresse

Kunden-Nr.		
Name/Firma		
Straße		
PLZ/Ort		
Telefon		
Telefax		
E-Mail		

Lieferadresse

Name/Firma		
Straße		
PLZ/Ort		
Telefon		
Telefax		
E-Mail		

Stück	Artikel-Nr.	Artikel	Einzelpreis	Gesamtpreis

Bemerkungen: z. B. gewünschter Liefertermin

ZWISCHENSUMME	
MWST	
VERSAND & BEARBEITUNG	
SUMME	

Sie erklären sich damit einverstanden, dass Ihre Daten zur Bearbeitung Ihres Anliegens verwendet werden. Weitere Informationen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung (www.medicalcorner24.com/datenschutz).
Ohne Ihre Einwilligung können wir die Anfrage leider nicht bearbeiten.

Ja, ich möchte regelmäßig den kostenlosen Newsletter von Medicalcorner24 erhalten! Ich weiß, dass ich mich jederzeit wieder von dem Newsletter abmelden kann.

Stempel / Datum / Unterschrift

Sie können uns das Formular per Fax an +49 2368 89 89 757 oder per E-Mail an ticket@medicalcorner24.com senden. Sobald wir Ihr Formular erhalten haben, senden wir Ihnen eine Bestätigungs-E-Mail.

Medicalcorner24 - Inhaber: Michael Witgenfeld - Auguststr. 3 - 45739 Oer-Erkenschwick - Telefon: 02368 - 89 89 779