Faxanfrage +49 2368 89 89 757

Rechnungsanschrift

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

Lieferanschrift

Rechnungsadresse ist 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.

Name und Datum eingeben.

Formular senden

Stempel / Datum / Unterschrift

Sobald wir Ihr Fax erhalten haben, senden wir Ihnen eine Empfangsbestätigung per E-Mail.

Medicalcorner24 - Inhaber: Michael Witgenfeld - An der Aue 10 - Oer Erkenschwick