

BESTELLSCHEIN



① Bitte tragen Sie hier Ihre Kundendaten ein

Kunden-Nr. <i>-falls zur Hand-</i>	Neukunde**
Name, Vorname*	
ggf. Praxisname	
Straße	
PLZ/Ort*	
Tel.	Fax
eMail	

(* Pflichtfelder)

(**Falls Sie Neukunde sind, bitte Apothekenbescheinigung beifügen!)

abweichende Lieferadresse	Bitte bestellen Sie... per eMail: info@pharma-partner-gmbh.de per Fax: +49 (0)40 / 736 797-60 per Telefon: +49 (0)40/ 736 797-47 (Mo-Do 9.00 – 16.30 und Fr 9.00 – 16.00 Uhr)
Straße	
PLZ/Ort	
Bemerkungen:	

② Hiermit bestelle ich

zu den Allgemeinen Geschäftsbedingungen lt. aktueller Preisliste

Bestellmenge	Artikel-Nr.	Produktbezeichnung	Handelsform	Einzelpreis €

Alle Preise zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer. Druckfehler, Liefermöglichkeit, Auftragsannahme, Preisänderungen und Irrtümer bleiben vorbehalten. Alle Aktionspreise gelten, solange der Vorrat reicht.

!! Versandkostenfreie Lieferung bereits ab einem Nettoeinkaufswert von 50,00 € !!

- Ja, bitte senden Sie mir Ihren Produktkatalog zu.
- Ja, bitte senden Sie mir Ihre aktuelle Preisliste zu.

Die Pharma-Partner Vertriebs-GmbH ist pharmazeutischer Unternehmer nach § 4 Abs. 18 AMG sowie Inhaber der Großhandelserlaubnis nach § 52 a AMG.