

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 - 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 in Euro 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 inkl. Preisliste zu.
- Ja, bitte senden Sie mir nur Ihre aktuelle Preisliste zu.
- Ja, ich wünsche den Erhalt der Monatsaktionen
 - per Fax an _____
 - per Mail an _____

Die Pharma-Partner Vertriebs-GmbH ist pharmazeutischer Unternehmer nach § 4 Abs. 18 AMG sowie Inhaber der Großhandelserlaubnis nach § 52 a AMG.
Die Datenschutzerklärung finden Sie unter <https://pharma-partner-gmbh.de/index.php/de/datenschutz.html>.
Bitte teilen Sie uns mit, wenn Sie keine weiteren Monatsaktionen von uns erhalten möchten.