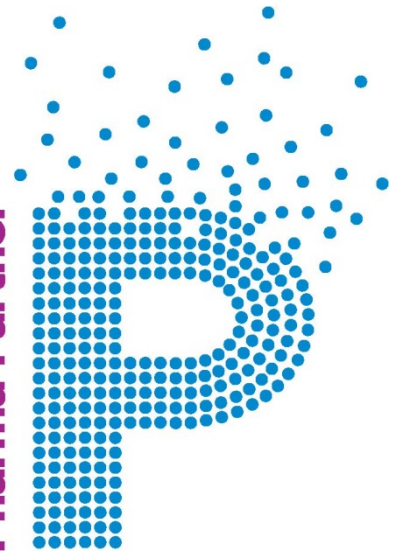


# BESTELLSCHEIN

① Bitte tragen Sie hier Ihre Kundendaten ein

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

Pharma Partner



\* Pflichtfelder

\*\* Falls Sie Neukunde sind, bitte Apothekenbescheinigung beifügen!

<b>abweichende Lieferadresse</b>	<p><b>Bitte bestellen Sie...</b></p> <p>per eMail: <a href="mailto:info@pharma-partner-gmbh.de">info@pharma-partner-gmbh.de</a></p> <p>per Fax: +49 (0)40 / 736 797-60</p> <p>per Telefon: +49 (0)40 / 736 797-47</p> <p>(Mo-Do 9.00 – 16.30 und Fr 9.00 – 16.00 Uhr)</p>
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 25,00 € !!**

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.