

Bitte ankreuzen!

Ich bin bereits Kunde (Bitte Kundennummer eintragen) :

Ich bin Neukunde auf www.chirurgische-instrumente-shop.de

Rechnungsempfänger (Bitte deutlich ausfüllen)

Firma / Praxis / Behörde: _____

Steuer-Nr.: _____
(außer Privatpersonen)

Vorname, Nachname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon,* Fax: _____ Tel:* _____ Fax: _____
(für Auftragsbestätigung)

E-Mail-Adresse:* _____
* erforderlich

Bestellung

Artikelnummer	oder- u. Artikel-Bezeichnung	Menge	Einzelpreis* (€)	GESAMT-Pr.wird errechnet(€)
<i>Versandkosten innerhalb Deutschland s ab 50,00 € brutto Versand kostenfrei</i>				4,90 €
* Alle Artikelpreise und Versandkosten inkl. der gesetzlichen MwSt. - Mindestbestellwert: 25 EUR			Gesamtsumme:	

Vielen Dank für Ihre Bestellung
Ihr CHIRU Instrumente Team

Ich wünsche die Zahlung (bitte ankreuzen):

per **Rechnung** für Unternehmen & öffentliche Einrichtungen
Mindestbestellwert: 25 EUR

per **Vorkasse** für Privatpersonen, Versand nach Zahlungseingang (Unsere Bankverbindung erhalten Sie zusammen mit der Auftragsbestätigung)

Ort, Datum - Unterschrift (Stempel)