

Bitte ankreuzen!	<input type="checkbox"/> Ich bin bereits Kunde (Bitte Kundennummer eintragen) :
	<input type="checkbox"/> Ich bin Neukunde auf www.praximed.com

Rechnungsempfänger (Bitte deutlich ausfüllen)

Firma / Praxis / Behörde: _____

Steuer-Nr.: _____
(außer Privatpersonen)

Vorname, Nachname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

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

E-Mail-Adresse: _____

Bestellung

Artikelnummer	Artikel-Bezeichnung	Menge	Einzelpreis (€)	Gesamtpreis (€)
Versandkosten innerhalb Deutschland				
<small>ab 50,00 € brutto versandkostenfrei</small>				
			Gesamtsumme:	
Je nach Verfügbarkeit	Printkatalog Praxisbedarf Printkatalog Physiotherapie Schulungsangebote	Ja/Nein Ja/Nein Ja/Nein		kostenlos

>> Alle Artikelpreise und Versandkosten inkl. Der gesetzlichen MwSt.

>> Kein Mindestbestellwert

Vielen Dank für Ihre Bestellung!

Ihr PraxiMed® Team

Ich wünsche die Zahlung:

(Bitte ankreuzen)

per **Rechnung** für Unternehmen & öffentliche Einrichtungen

per **Vorkasse** für Privatpersonen, Versand nach Zahlungseingang

(Unsere Bankverbindung erhalten Sie zusammen mit der Auftragsbestätigung)

Ort, Datum - Unterschrift (Stempel)