



ANFORDERUNG VON GEWEBETRANSPLANTATEN

ANSPRECHPARTNER DISTRIBUTION Herr Waßmann, Frau Belessis, Frau Baum
distribution@dizg.de · Telefon +49.(0)30.65 76 30.54/67 · Fax +49.(0)30.65 76 30 55

Hiermit bestellen wir entsprechend der gültigen Liste:

AUFTRAGSNUMMER

Präparat	Katalog-Nr.	Anzahl	Einzelkosten	Gesamtkosten
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GESAMTSUMME				<input type="text"/>

- Standardlieferung
- Terminlieferung (nach Absprache)
- Wir benötigen neue Anforderungsformulare.
- Senden Sie uns bitte Ihre aktuelle Preisliste bzw. den Präparatekatalog.

LIEFERANSCHRIFT	RECHNUNGSANSCHRIFT	FACHABTEILUNG
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Orthopädie <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Chirurgie <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ophthalmologie <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/>

Ort, Datum Stempel/Unterschrift des Arztes

Ansprechpartner

Telefonnummer für Rückfragen

Faxnummer für Rückfragen

Es gelten unsere allgemeinen Geschäftsbedingungen.