

Auftragsdatum: *

Auftragsnr.: _____

Bestellername: *

Gewünschter Liefertermin: _____

*Pflichtfeld

Zusteller/Spedition:

Rechnungsadresse = Lieferadresse

Kunde/Rechnungsadresse:

Kundenr.: _____

Unternehmen: *

Ansprechpartner: *

Telefon: *

Abteilung: _____

Straße: *

PLZ, Ort: *

Land: *

Lieferadresse:

Kundenr.: _____

Unternehmen: *

Ansprechpartner: *

Telefon: *

Abteilung: _____

Straße: *

PLZ, Ort: *

Land: *

Bemerkungen:

Artikelnr.*	Beschreibung*	Einheit (ST./VE)*	Menge*	Einzelpreis netto in €	Rabatt	Gesamtpreis netto in €

Artikelnr.*	Beschreibung*	Einheit (ST./VE)*	Menge*	Einzelpreis netto in €	Rabatt	Gesamtpreis netto in €

Gesamtwert in €, ab Werk

Senden Sie Ihren Auftrag per Email ausschließlich an:

Wirbelsäulensysteme:
orders@ulrichmedical.com

Blutsperrgeräte:
tourniquets@ulrichmedical.com

Kontrastmittelinjektoren:
injectors@ulrichmedical.com

Dieses Dokument wurde digital erstellt und ist ohne Unterschrift gültig.

Hier finden sie unsere AGB: www.ulrichmedical.de/agb/

Download Auftragsformular:
www.ulrichmedical.de/download/