

Bestellformular an ABZ-Fax 0 89/ 89 26 33-32

(Als Kopiervorlage verwenden)

ABZ eG
Abteilung Dentalhandel
Elly-Staegmeyr-Straße 15

80999 München

Rechnungsempfänger ABZ-Kd.-Nr.: _____

Ansprechpartner: _____

Versandanschrift

(Bitte nur bei Abweichung von der Rechnungsanschrift angeben.)

Bitte liefern Sie gemäß Ihren Geschäftsbedingungen folgende Artikel:

Katalogseite	Bestell-Nr.	Bezeichnung	Anzahl	Einzelpreis/ €

Falsch bestellte Artikel können nur bei unbeschädigter Originalverpackung zurückgenommen werden. Medikamente sind vom Umtausch ausgeschlossen.

Alle Katalogpreise verstehen sich netto in Euro zzgl. MwSt. Bei Bestellung unter € 155,- Warenwert wird eine Versandkostenpauschale in Höhe von € 8,- berechnet; ab € 155,- Warenwert erfolgt die Lieferung frei Haus.

Datum

Unterschrift