BESTELLFORMULAR

Pharma Medtec GmbH, Spitalstrasse 56a, D-79539 Lörrach
TEL +49 7621 162 9900 FAX +49 7621 162 9929
E-MAIL bestellung@pharmamedtec.de

Nur für Neukunden

Unternehmen

Straße

PLZ / Ort

Telefon / Telefax

E-Mail

USt-IdNr. (CHE)

Kundennummer (falls vorhanden GALEXIS Kd.Nr.)

KdNr.: _____

Kontaktperson: _____

Artikelbezeichnung, Darreichungsform, Stärke, Grösse		Menge	PZN / PHC *(falls bekannt)*

Sonstiges