Bestellformular

Lieferung an: ☐ Pflegedienst ☐ Kunde

Name Pflegedienst: _____

Lieferadresse Kunde

Vorname Name: _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Bei Neukunden bitte Stammblatt anfügen.

Rezept vorhanden? ☐ ja ☐ nein

Rezeptanforderung von H&R gewünscht? ☐ ja ☐ nein

Befreit von Rezeptgebühr? ☐ ja ☐ nein

PZN	Art.-Nr.	Produktbezeichnung	Größe	Menge

Name des Bestellers: _____

Bemerkung:

Das ausgefüllte Formular bitte per E-Mail oder Fax an uns zurücksenden.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

Sanitätshaus H&R GmbH
Hüngert 17, 41564 Kaarst
0 21 31 - 15 16 50
0 21 31 - 15 16 510
info@hr-sanitaetshaus.de
www.hr-sanitaetshaus.de