

Bestellformular bitte faxen an:

0251 - 527600

oder mit der Post senden!

dentalpics

dentalpics
Vechtastr. 8
48145 Münster
Tel.: 0251 - 9872590
Fax: 0251 - 527600

Bestelldatum: _____

Unsere Bestellung:

dentalpics	Artikelnummer Vorderseite (z.B. dp_0001)	Nummer Rückseite	Stückzahl	Motivtext	Preis (in Euro)
Praxis-Karten					
-Postkartengröße-					
-DIN A6-					
Termin-Kärtchen					
-Visitenkartengröße-					
-85mm x 55mm-					
			Gesamtstückzahl		Gesamtpreis

Den für Ihre Bestellung gültigen Endpreis teilen wir Ihnen mit der Auftragsbestätigung mit. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die AGB unter www.dentalpics.de zur Kenntnis genommen haben.

Unsere Adresse: (bitte in Blockbuchstaben ausfüllen)

Praxisname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ / _____

Fax: _____ / _____

E-Mail: _____ @ _____

Ansprechpartner: _____

Bitte geben Sie hier Ihren gewünschten Text für den Praxiseindruck an (ggfs. mit Öffnungszeiten):

Praxisstempel: _____

Unterschrift/Datum