BEXAMED®
Medizintechnik rettet Leben

Unverbindliche Angebotsanfrage

Firma / Name: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Tel. / Fax: _____

E-Mail: _____

Kunden-Nr.: _____

Ust-IdNr.: _____

Kundenkategorie: ☐ Arzt ☐ Krankenhaus ☐ Fachhandel

BEXAMED® GmbH
Bremer Straße 54
90765 Fürth
Tel.: +49 (0) 911/ 97 11 98 - 0
Fax: +49 (0) 911/ 97 11 98 - 22
Mail: info@bexamed.de
Web: www.bexamed.de

Artikelnummer	Produkt / Beschreibung	Hersteller	Preis	Anzahl

Hiermit bitte/n ich/wir um ein unverbindliches Angebot für die oben genannte Produkte bei Ihnen.

Unterschrift:

Name / Stempel

_____ **, den** _____

Ort **Datum**

Angebot erwünscht per: ☐ Fax ☐ Telefon ☐ E-Mail