

Bestellformular

PureMotion® Amalgamabscheider-System

Besteller/Depot

Name*

Straße/Hausnummer*

PLZ/Ort*

Telefon/E-Mail

Ansprechpartner

Praxis

Name*

Straße/Hausnummer*

PLZ/Ort*

Telefon/E-Mail

Kunden-Nr. (falls vorhanden)

Angaben zur Bestellung

Hiermit bestellen wir zu den bekannten Lieferkonditionen/AGB:

zzgl. MwSt Versand und Versandkosten

Systemtyp	Art.-Nr.	PureMotion® System	Anzahl
Zentrale Komplettsysteme mit trockener Saugmaschine	A0000179	PureMotion® M8	
	A0000251	PureMotion® M8 backup	
	A0000246	PureMotion® M4	
	A0000235	PureMotion® M2	
Systeme bei vorhandener Trockensaugmaschine	A0000178	PureMotion® M8oS	
	A0000248	PureMotion® M4oS	
	A0000245	PureMotion® M2oS	
Systeme bei vorhandener Nasssaugmaschine	A0000256	PureMotion® W4	
	A0000255	PureMotion® W2	

Unsere Bestellnummer

Gewünschter Liefertermin

Sachbearbeiter/Besteller

Lieferort*

Praxis

Depot

*Pflichtfelder – Bestellannahme von Seiten medentex andernfalls nicht möglich.

Der Besteller bestätigt hiermit, dass die Installation nur von einem Medizinprodukteberater durchgeführt wird, der erfolgreich eine PureMotion® Produktschulung absolviert hat.

Ort, Datum

Unterschrift

