



## BESTELLFORMULAR

### Sprechstundenbedarf

Praxis / Firma

Ansprechpartner für Rückfragen

Straße

PLZ

Ort

Telefon

Telefax

Kundennummer (falls vorhanden)

<b>D</b>																			
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ansprechpartner bei TMS Neuhaus

Datum

Wir bestellen folgende Artikel:

Art.Nr.	Artikelbezeichnung	Stück	Einzelpreis	Gesamtpreis
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
				<b>GESAMT</b>

Diese Bestellung erfolgt zu den Geschäfts- und Lieferbedingungen der TMS Neuhaus GmbH.  
 Bitte senden Sie mir mit Rückgaberecht innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt, die Ware zu. Versandkostenfrei!  
 Dieses Bestellformular steht ihnen auch als Download auf unserer Homepage zur Verfügung.

Datum / Unterschrift

Bemerkungen

Wiederruf/Keine weitere Werbung zusenden!

**Geschäftsführende  
Gesellschafter**  
 Norbert Neuhaus,  
 Tobias Neuhaus, Uwe Girse  
**HR:** HRB Kleve 8170  
**USt-IdNr.:** DE 814688924

shop.tms-neuhaus.de  
 www.tms-neuhaus.de  
 bestellung@tms-neuhaus.de  
 fon 02842 331 0  
 fax 02842 331 222