



Bestellformular – Gebärhocker:

Name: _____

Vorname _____

Klinik: _____

Straße: _____

Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Hiermit bestelle ich einen Gebärhocker Ameè in: (Bitte auswählen)

- | | |
|-------------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Ahorn | 420,-- € Netto |
| <input type="checkbox"/> Buche | 420,-- € Netto |
| <input type="checkbox"/> Kiefer | 420,-- € Netto |
| <input type="checkbox"/> Kirschbaum | 440,-- € Netto |
| <input type="checkbox"/> Nussbaum | 440,-- € Netto |
| <input type="checkbox"/> Mehrfarbig | 470,-- € Netto |

Versand/Porto innerhalb Deutschland 20,-- € Netto

Zuzüglich gesetzliche MwSt.

Datum

Unterschrift