Anfrage-/Bestellformular

Kauf auf Rechnung ◉ Bestellung ○ Anfrage

medi-inn

Rechnungsadresse

Kunden-Nr.		
Name/Firma		
Straße		
PLZ/Ort		
Telefon		
Telefax		
E-Mail		

Lieferadresse

Rechnungsadresse ist Lieferadresse		
Name/Firma		
Straße		
PLZ/Ort		
Telefon		
Telefax		
E-Mail		

Stück	Artikel-Nr.	Artikel	Einzelpreis	Gesamtpreis

Bemerkungen: z. B. gewünschter Liefertermin

ZWISCHENSUMME	
MWST	
VERSAND & BEARBEITUNG	
SUMME	

☐ Sie erklären sich damit einverstanden, dass Ihre Daten zur Bearbeitung Ihres Anliegens verwendet werden. Weitere Informationen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung (https://medi-inn.myshopify.com/policies/privacy-policy).
Ohne Ihre Einwilligung können wir die Anfrage leider nicht bearbeiten.

☑ Ja, ich möchte regelmäßig den kostenlosen Newsletter von Medi-Inn erhalten! Ich weiß, dass ich mich jederzeit wieder von dem Newsletter abmelden kann.

Name und Datum eingeben.

Stempel / Datum / Unterschrift

Sie können uns das Formular per Fax an +49 (0) 2656 952314 oder per E-Mail an mail@medi-inn.de senden.
Sobald wir Ihr Formular erhalten haben, senden wir Ihnen eine Bestätigungs-E-Mail.

Medi-Inn Online GmbH - Geschäftsführer: Laurentius Kugel - Weilerweg 5 - 56729 Hirten - Telefon: +49 (0) 2656 - 952264