

Bestellformular für OXUVAR®

Auftrag an Apotheke/Tierarzt von

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Datum _____

Bestellen Sie die unten aufgeführten Produkte für mich und teilen Sie mir mit, wann die Ware abholbereit ist. Vielen Dank!

Freundliche Grüße

(Datum, Unterschrift)

Adresse Apotheke/Tierarzt

(Kundennummer:).....

.....

.....

.....

.....

Tel.:

Fax:

Datum:

Unterschrift:.....

Bezugsadresse

Andermatt BioVet GmbH

Weiler Straße 19-21

79540 Lörrach

Tel. 07621 58573 10

Fax 07621 58573 9910

info@andermatt-biovet.de

Bestellung

Sehr geehrte Damen und Herren

Anbei bestelle ich bei Ihnen folgende apothekenpflichtige Bienenarzneimittel:

OXUVAR®, Fertiglösung 500 ml _____ Stück
(PZN 4961831 / 17.00 €*)

Leichtgängige Spritze (60 ml) zum Träufeln von OXUVAR® _____ Stück

* empfohlener Verkaufspreis inkl. 19% MwSt
Portokosten pro Versandpaket EUR 6.50 exkl. MwSt
Alle Artikel ab Lager lieferbar.

Zum Herunterladen unter: www.andermatt-biovet.de
Letzte Revision: 02.02.2015 / BetSE