

An: **ATLAS MEDICAL**

customer service



ATLAS MEDICAL

Ein Geschäftsbereich der >am hospital supplies ag<

Fax Nr.

043 399 41 51

Von:

Name Besteller: _____

Bestelldatum: _____

Fax/E-Mail - Bestellung

Wir bestellen unten aufgeführte Artikel wie folgt:

Anzahl	Artikel Nr.	Bezeichnung

Senden an:

Spital / Praxis: _____

Ort: _____

Abteilung: _____

Lieferung per Post:

Stempel, Unterschrift

NORMAL

EXPRESS