PHAMETRA

Fax-Bestellschein

FAX 02323 178640

PZN	Artikel-Nr	HMV-Nr	Artikel-Bezeichnung	VE	Preis pro VE _	Menge	Gesamtpreis in _
						Summe ohne MwSt.	

Kunden-Nr.:

Name/Firma:

Lieferanschrift: (falls abweichend von Rechnungsanschrift)

Frau/Herrn:

Postfach/Straße:

PLZ/Ort:

Stempel/Unterschrift