

BESTELLFORMULAR

Zur Bestellung an folgende Faxnummer senden:

0800 583 77 44

Kunden-Nr.: _____

Stempel der Apotheke	Juers Pharma Import – Export GmbH Kiebitzhörn 5-9 22885 Barsbüttel info@juers.com
-----------------------------	--

Ansprechpartner :	
Telefon :	
Fax :	
Email :	

Menge	Einheit	Artikelbezeichnung	Artikel-Nr.

Datum / Ort

Unterschrift