

# Bestell-Fax medizinischer Sauerstoff

Fax-Nr.: +49 (0)4191 / 95 88 92  
E-Mail: fuellanlage@criticalcare.de



Rechnungsanschrift:

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

Abweichende Lieferanschrift:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hiermit bestelle ich verbindlich:

Bezeichnung	Bestellmenge	Bemerkung (z.B. Ventilart)
<input type="checkbox"/> Sauerstoffflasche 0,8 L Tausch Leergut	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sauerstoffflasche 2,0 L Tausch Leergut	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sauerstoffflasche 10,0 L Tausch Leergut	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sauerstoffflasche 50,0 L Tausch Leergut	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sauerstoffflasche 0,8 L Neukauf	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sauerstoffflasche 2,0 L Neukauf	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sauerstoffflasche 10,0 L Neukauf	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sauerstoffflasche 50,0 L Neukauf	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sauerstoffflasche 0,8 L Füllung Eigentum	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sauerstoffflasche 2,0 L Füllung Eigentum	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sauerstoffflasche 10,0 L Füllung Eigentum	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sauerstoffflasche 50,0 L Füllung Eigentum	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sonstiges	_____	_____

Gewünschter Liefertermin (Datum, Vormittag / Nachmittag): \_\_\_\_\_

Bemerkung zur Anlieferung: \_\_\_\_\_

Für Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung unter der Telefonnummer: **04191 – 507096 - 960**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kunden