BESTELLSCHEIN

KLINIK - &
HYGIENEBEDARF

O Wir bitten um Kontaktaufnahme
zwecks näherer Information

Bestellfax: 02742/ 78 397 - 24
Bestellmail: office@kleiss.at

Rechnungsadresse:

Name: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Tel/Fax: .....

E-Mail:.....

Lieferadresse:

Name: .....

Straße: .....

PLZ/ Ort: .....

Art. Nr.	Bezeichnung	Größe	Bestell-menge	Einzel-preis	Gesamt-preis

Gesamtbetrag o. MwSt

Preise: exkl. 20% MwSt
Lieferung: Ab **€ 220,--** Nettowarenwert **frei Haus**
darunter zzgl. Porto- und Versandspesen
Lieferzeit: binnen 14 Tagen ab Auftragseingang

....
Datum und Unterschrift des Bestellers

HARALD KLEISS KLINIK – UND HYGIENEBEDARF e.U.
A-3100 St.Pölten, Lagerhausg. 5, Tel. +43 2742/783 97, Fax. +43 2742/783 97-24, eMail : office@kleiss.at , www.kleiss.at
Raiffeisenbank St.Pölten, IBAN AT36 3258 5000 0110 1922, BIC: RLNWATWWOBG,
FN 328934 b, UID-Nr.: ATU 45655508, Gerichtsstand: St.Pölten