

Bestellformular Crespine® Gel / Crespine® Gel+

Für Arztpraxen, MVZ, Kliniken und den medizinischen Fachhandel. Konditionen laut Auftragsbestätigung.

Besteller

Praxis / MVZ / Klinik

Fachrichtung

Ansprechpartner (Vor- und Nachname)

Telefon

E-Mail

Kundennummer (falls vorhanden)

Lieferadresse

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Rechnungsadresse ☐ wie Lieferadresse ☐ abweichend:

Rechnungsadresse (Einrichtung, Straße, PLZ, Ort)

Produkte

Produkt	Art.-Nr.	Bestellmenge (Stück)
Crespine® Gel (ohne Prilocain) · 2 ml Fertigspritze	AUR-CG-10	
Crespine® Gel+ (mit Prilocain) · 2 ml Fertigspritze	AUR-CGP-10	

Preise werden online nicht ausgewiesen. Die Konditionen für Ihre Einrichtung erhalten Sie mit der Auftragsbestätigung; es gelten die Liefer- und Zahlungsbedingungen der AUREDES UG (haftungsbeschränkt). Alle Preise zuzüglich gesetzlicher Umsatzsteuer.

Erklärung des Bestellers

Hiermit bestellen wir die oben angegebenen Produkte verbindlich. Wir bestätigen, dass die Bestellung durch eine Arztpraxis, ein MVZ, eine Klinik oder den medizinischen Fachhandel erfolgt und die Produkte ausschließlich durch Ärztinnen und Ärzte angewendet werden. Crespine® Gel und Crespine® Gel+ sind Medizinprodukte der Klasse III; eine Abgabe an Patientinnen und Patienten erfolgt nicht.

Ort, Datum

Unterschrift / Praxisstempel