Kundennummer: _____

Praxisstempel / Praxisname und Anschrift

siramed GmbH & Co. KG
Herrlinger Str. 86
D-89081 Ulm

Bestellschein
Fax: 0731 184 86 88 60

Bestell.-Nr.	Farbe/Variante	Menge	Bemerkung

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift