

Jahresmenge	ECO Bakterien-Viren-Filter			ECO Bakterien-Viren-Filter Set (Filter & Nasenklemme)		
	Listenpreis (Preis pro Filter)	PneumoMed-Preis (Preis pro Filter)	Bestellmenge*	Listenpreis (Preis pro Set)	PneumoMed-Preis (Preis pro Set)	Bestellmenge*
ab 1.200 Stück	0,88 €	0,64 €		0,98 €	0,74 €	

*Die Bestellmenge muss durch 600 teilbar sein und wird entsprechend aufgerundet.

**Für Vitalograph Filter an pneumologische Praxen innerhalb Deutschlands.
Alle Preise verstehen sich zzgl. MwSt. und 10,90 € Versandkosten.

Die Abnahme und Berechnung der gewünschten Bestellmenge erfolgt anteilig in Teillieferungen innerhalb von 12 Monaten. Die Bestellung begründet eine Rahmenvereinbarung, die sich nach Ablauf und/oder vorzeitiger Abnahme zu gleichen Konditionen automatisch verlängert. Die Vereinbarung kann zum Ende der ersten 12 Monate (nach erfolgter Abnahme der Bestellmenge) oder jederzeit danach mit einer Frist von einem Monat beidseitig gekündigt werden. Im Falle einer Preiserhöhung gilt ein Kündigungsrecht für die Praxis innerhalb von 30 Tagen nach Mitteilung.

Ich bin Neukunde.

Ich bin Bestandskunde und möchte auch von diesen neuen Konditionen profitieren.

Bitte stellen Sie unsere bestehende Abnahmevereinbarung entsprechend um. Liegt unsere noch offene Abnahmemenge aus bestehender Vereinbarung über der oben von uns gewünschten Bestellmenge, übernehmen Sie bitte einfach unsere noch offene Abnahmemenge.

Wunschmenge pro Teillieferung: 600 Stück 1.200 Stück

Lieferrhythmus: auf Abruf Erstlieferung zu sofort/ zum _____
automatisch alle ____ Monate oder jährlich

Ansprechpartner(in) für Rückfragen mit Durchwahl: _____

Hersteller Ihres Bodys: _____

Ich bin Mitglied der/des (bitte Zutreffendes ankreuzen):

PneumoMed eG BAPP

Bitte senden Sie mir den Mitgliedsantrag der PneumoMed eG zu.

Vertragspartner:
Vitalograph GmbH
Rellinger Straße 64a
20257 Hamburg
Telefon: +49 40 547 391 15
Fax: +49 40 547 391 40
E-Mail: info@vitalograph.de
Homepage: www.vitalograph.de

Klinik/Praxis Titel, Vorname, Name

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Telefonnummer Faxnummer

Datum, Unterschrift E-Mail-Adresse

Praxisstempel