

**Bestellung / Auftrag:**

**Auftraggeber (Stempel):**

**An:**

*ppm-marburg* - Graf-von-Stauffenberg-Str.47 - 35037 Marburg (Lahn)

**Fax: 06421 - 33205**

Wir bestellen hiermit nachfolgende **Evakuierungsmatratzen von Järven** :

Menge	Artikel	Artikel-Nr.	Bemerkungen

Ich bezahle (bitte ankreuzen/bzw. ausfüllen): Bestellsomme zzgl. 19% MWSt.

per Vorkasse, minus 2% Skonto ( Vorkassenkonto unter [www.ppm-marburg.de/Vorkasse.htm](http://www.ppm-marburg.de/Vorkasse.htm) )

mit Lastschrifteinzug: Sparkasse/Bank:.....  
IBAN:.....BIC(nur EU):.....  
Kontoinhaber:.....

mit Rechnung netto 8 Tage

Bitte nachstehende Angaben ergänzen ( oder Firmen-/Praxisstempel unter „Auftraggeber“ ): *Bitte kopieren Sie ggf. diese Seite vorher.*

Ihr Name :..... ggf. Funktion.....

Einrichtung / Firma:.....  Privat

Festnetz-Nr.....Fax-Nr.....eMail.....Danke.