

Bestellformular für THYMOVAR® / OXUVAR®

Auftrag an Apotheke/Tierarzt

von

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Datum _____

Könnten Sie bitte die unten aufgeführten Produkte bestellen und Bescheid geben, sobald die Ware bei Ihnen abholbereit ist. Vielen Dank!

Freundliche Grüsse

(Unterschrift)

Adresse Apotheke/Tierarzt

.....
.....
.....
.....

Fax:

Datum:

Unterschrift:.....

Bezugsadresse

Andermatt BioVet GmbH
Stahlstrasse 5
88339 Bad Waldsee

Tel. 07524 976 67 90

Fax 07524 40 15 41

info@andermatt-biovet.de

Bestellung

Sehr geehrte Damen und Herren

Anbei bestelle ich bei Ihnen folgende apothekenpflichtige Bienenarzneimittel:

THYMOVAR® (2x5 Streifen) _____ Stück
(PZN 4961848 / 24.05 €*)

OXUVAR®, Fertiglösung 500 ml _____ Stück
(PZN 4961831 / 15.20 €*)

Leichtgängige Spritze (60 ml) zum Träufeln von OXUVAR® _____ Stück

* empfohlener Verkaufspreis inkl. 19% MwSt.

Zum herunterladen unter: www.andermatt-biovet.de

Letzte Revision: 20.01.2010