

Steile Strasse 4
z.Hd. Frau Paulus
44287 Dortmund

Lieferanschrift: _____

(falls Abweichung
zum Absender) _____

Bestellschein

Absender:

Frau Herr Firma

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon- Nr.: (inkl. Vorwahl)

Richtlinienpaket 1 Preis 250,- €	Richtlinienpaket 2 Preis 250,- €	Richtlinienpaket 3 Preis 250,- €	Richtlinienpaket 4 Preis 250,- €	Richtlinienpaket 5 Preis 250,- €	Bestellung Paket- Nr.:
<ul style="list-style-type: none"> - Darmeinlauf u. Klistiere - Dekubitusversorgung u. Prophylaxe - Wickel und Auflagen 	<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes - Flüssigkeitsbilanz - Injektionen - Drainagen 	<ul style="list-style-type: none"> - Katheterversorgung - Stomapflege - Blasenspülung - Blaseninstillation 	<ul style="list-style-type: none"> - Magensonde - PEG - Vitalzeichen - Verbände 	<ul style="list-style-type: none"> - Inhalation - Absaugen - Medikamente - Sauerstoffgabe 	<input type="checkbox"/> Paket 1 <input type="checkbox"/> Paket 2 <input type="checkbox"/> Paket 3 <input type="checkbox"/> Paket 4 <input type="checkbox"/> Paket 5 Preis insgesamt: _____,-€

Ort, Datum

Stempel/ Unterschrift