apodoc Ästhetikbedarf

Bestellformular

03

Kunde: _____

Kundennr.: _____

Telefon: _____

by Leibniz Apotheke

Tel: 030 313 8000
Mobil: 0179 297 2360
Fax: 030 3180 6730
info@apodoc.com
Kantstr.130 b | 10625 Berlin

Bezeichnung	Größe	Anzahl	Preis inkl. MwSt.	Bestellmenge
Kanülen spitz / Spritze				
Sterican Andere Größen Bestellbar	30 g 0,30x12mm	100 Stück	9,95	!
TSK Steriject Andere Größen Bestellbar	33 g 4mm	100 Stück	79,00	
Omnifix Solo Spritzen LuerLock	3 ml / 06706362	100 Stück	24,95	
Omnifix Solo Spritzen LuerLock	5 ml / 00570016	100 Stück	31,95	
Omnifix Solo Spritzen LuerLock	10 ml / 00570022	100 Stück	34,95	
The Invisible Needle	0,2 X 9 mm	100 Stück	99,00	
Omnican 20 Spritzen	U 40 0,5 mm 0,30 9 X 8 mm	100 Stück	44,95	
Kanülen stumpf				
TSK Novvia Steriglide Stumpfe Kanülen 20 Stück - Andere Größen Bestellbar	25 g x 50 mm 25 g x 38 mm 22 g x 50 mm 22 g x 70 mm	1 Stück	8,00	
		5 Stück	40,00	
		20 Stück	155,00	
Silkann aesthetics Atraumatische Fillerkanülen	25 G x 50 mm	1 Stück	7,80	
		5 Stück	39,00	
		25 Stück	193,00	
Silkann aesthetics Atraumatische Fillerkanülen	27 G x 40 mm	1 Stück	7,80	
		5 Stück	39,00	
		40 Stück	308,00	
Mesoram Microinjector Nadel	z.B. 32 G x 40 mm	100 Stück	44,95	
Mirror Soft Stumpfe Kanüle	z.B. 23 G x 50 mm	1 Stück	5,95	
Mirror Soft Stumpfe Kanüle	z.B. 25 G x 40 mm	1 Stück	5,95	
Hautberuhigende Kosmetik				
Avene Cicalfate + Akutpflege Creme	15 ml	!	4,90	
	40 ml	!	13,50	
	100 ml	!	20,90	
Avene Cicalfate Lippenbalsam	10 ml	!	6,90	

Versandkosten 5,90€
Versandkostenfreie Lieferung ab 100,- €

☐ Zahlung auf **Rechnung**

☐ Zahlung per **SEPA-Lastschrift**: Hiermit ermächtige ich Sie bis auf Widerruf, die jeweiligen Rechnungsbeträge zu Lasten meines Kontos einzuziehen:

Bank _____

IBAN _____

BIC _____

Kundennummer: _____

Preise incl. 19% Mehrwertsteuer

Datenschutz/AGB: Mit meiner Bestellung bestätige ich die Kenntnisnahme der Datenschutzerklärung und meine Einwilligung zur Speicherung und Verarbeitung meiner Kundendaten. Ich bestätige zudem die Akzeptanz der AGB sowie der Widerrufbelehrung.

_____

Ort, Datum Stempel/Unterschrift