



Klinikstempel

## BESTELLUNG HemaClear

Datum \_\_\_\_\_

Bitte liefern Sie zum \_\_\_\_\_:

Artikel	Bezeichnung	Stück pro Pack	Pack
PRH-028-PI	HemaClear / 28 – Pink - small	10 Stück	
PRH-040-GR	HemaClear / 40 – Green – medium	10 Stück	
PRH-040-RE	HemaClear / 40 – Red – medium	10 Stück	
PRH-040-YE	HemaClear / 40 – Yellow – medium	10 Stück	
PRH-060-BL	HemaClear / 60 – Blue – large	10 Stück	
PRH-060-BR	HemaClear / 60 – Brown – large	10 Stück	
PRH-060-OR	HemaClear / 60 – Orange – large	10 Stück	
PRH-090-BW	HemaClear / 90 – Black/White – xlarge	10 Stück	
PRH-032-MA	HemaClear / Model A – Foot & Ankle	12 Stück	
PRH-035-FA	HemaClear / Model F – Forearm	25 Stück	

Lieferanschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rechnungsanschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Auftragsnummer: \_\_\_\_\_

Name/Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Fax: 036603 – 23 94 13**