

Bitte senden Sie den Bestellschein ausgefüllt an folgende Emailadresse: nip-t-support@medicover.com
Oder per Fax an folgende Nummer: **+49 89 895578-780**

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen

Praxis

Ansprechpartnerr / Name, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

bestellt am



Probenabnahme- und Versandset

Stück



Aufsteller für Flyer
für DIN lang Flyer

Stück



Ärztinformation deutsch
DIN lang / gefaltet

Stück



Schwangerschaftsplaner
Drehscheibe

Stück



Patienteninformation
DIN lang / gefaltet

- | | | |
|----------------------------------|----------------------|-------|
| <input type="radio"/> Deutsch | <input type="text"/> | Stück |
| <input type="radio"/> Englisch | <input type="text"/> | Stück |
| <input type="radio"/> Arabisch | <input type="text"/> | Stück |
| <input type="radio"/> Chinesisch | <input type="text"/> | Stück |
| <input type="radio"/> Russisch | <input type="text"/> | Stück |
| <input type="radio"/> Türkisch | <input type="text"/> | Stück |
| <input type="radio"/> Polnisch | <input type="text"/> | Stück |



Anforderungsbogen Durchschlag
DIN A4

Stück