

Bitte senden Sie den Bestellschein ausgefüllt an folgende Emailadresse: [nip-t-support@medicover.com](mailto: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

- ☐ Deutsch  Stück
- ☐ Englisch  Stück
- ☐ Arabisch  Stück
- ☐ Chinesisch  Stück
- ☐ Russisch  Stück
- ☐ Türkisch  Stück
- ☐ Polnisch  Stück