

actrevo GmbH, Großer Burstah 25, 20457 Hamburg

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Mail an bestellung@actrevo.com oder Fax 040 228 64 81 99.

	Rechnungsanschrift	Lieferanschrift (falls abweichend)
Name:		
Straße:		
PLZ & Ort:		
(Datum, Stempel, Unterschrift)		
(Ansprechpartner)		
(Telefonnummer für Rückfragen) (E-Mail-Adresse)		

Arzneimittel	Menge in Stück	Preis pro Stück netto (in €)
Thyronat Tropfen 300mg/ ml, Tropfen zum Einnehmen der Firma UMIP Ltd. PZN 19470530		34,75

Hiermit bestelle ich verbindlich das oben genannte Produkt in der oben genannten Menge plus 19 % MwSt., zzgl. 6,50 € Versandpauschale in Deutschland. Ab 20 Stück portofrei. Der Kauf erfolgt auf Rechnung. Die Zahlung wird innerhalb von 14 Tagen ab Rechnungsstellung fällig. Ich bestätige die AGB der actrevo GmbH.

Bestellungen werden in der Regel am folgenden Tag mit unserem Transportdienstleister verschickt. Die Abgabe erfolgt gemäß den gesetzlichen Regelungen.

Falls Sie noch kein Kunde bei uns sind, stellen Sie uns Ihre Betriebserlaubnis oder Großhandelserlaubnis per Fax oder E-Mail zusammen mit Ihrer ersten Bestellung zur Verfügung.



Ich willige ein, dass eine Weitergabe der angegebenen E-Mail-Adresse an die Deutsche Post DHL Group zum Zweck der Paketverfolgung erfolgt.

Unsere AGB finden Sie unter: <https://www.actrevo.com/agbs>