

**Bestellformular – Bitte per Fax zurück an +49 30 27876089-18**

**LIEFERADRESSE**

---

Name, Vorname

---

Firma (*bitte auch die Rechtsform angeben*), Abteilung

---

Anschrift

---

PLZ, Ort

Land

Für eventuelle Rückfragen:

---

Telefon

Fax

---

E-Mail

---

ggf. Bestellzeichen

- Liefer- und Rechnungsadresse sind identisch.  
 Die Rechnung bitte mit folgender Adresse ausstellen:

---

Hiermit gebe ich die Zusendung des Kodierleitfadens Hämatologie, Onkologie & Stammzelltransplantation Version 2019 wie nachfolgend in Auftrag:

**Anzahl Exemplare:**

Stückpreis: 7,50 EUR\*  
\*inkl. MwSt.

Rabatte:    Bestellmenge 03 – 14 Stk. = 10 %  
              Bestellmenge 15 – 50 Stk. = 15 %  
              Bestellmenge > 50 Stk.: bitte Angebot erfragen

---

Ort

Datum

Unterschrift/Stempel