

Bitte per Mail an [cs.de@neucomed.com](mailto:cs.de@neucomed.com) oder per Fax an +49 8122 89207 32

## Bestellformular für COVID-19/SARS-CoV-2 Tests

Ich bestelle hiermit verbindlich:

Stück	Artikelnr.	Bezeichnung	Hersteller	VPE	Preis/ Stück	Gesamt- betrag
	LE-3002150090	SARS-CoV-2 AntiGENtest	LEPU Med	10		€
	AB-INCP-AL0502	JusChek COVID-19 AntiGENtest	ACRO Biotech	20		€
	PZN_16601316	SARS-CoV-2 AntiKÖRPERtest	PharmACT	10		€

Nettobetrag	€
Gesamtbetrag inkl. 16 % MWSt	€

Firma/Ordination: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

UID Nummer (falls vorhanden): \_\_\_\_\_

Die Produkte sind ausschließlich dazu bestimmt, von Angehörigen der Heilberufe angewendet zu werden.  
 Ich bestätige mit dem Ankreuzen dieses Feldes ausdrücklich, dass dies gewährleistet wird.

Datum und Ort:

Unterschrift: