

FAX

(imprimir y enviar por fax)

PARA: PEAK FLOW CPR – DISTRIBUIDOR BCM

Nº: 93.342.41.47

FECHA: _____

(Datos del solicitante a rellenar con letras mayúsculas)

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

TELÉFONO: _____ FAX: _____

E. MAIL: _____

(Datos para el envío del PEACKFLOW CPR)

CALLE: _____

CIUDAD: _____ C.P.: _____

POBLACIÓN: _____

RECETADO POR EL Dr./Dra. _____

Hospital: _____

**SOLICITO _____ UNIDADES DE PEAK FLOWS CPR A
CONTRARREMBOLSO EN LA DIRECCIÓN ARRIBA INDICADA.

VENTA DEL PEACK-FLOW CPR SIN INTERMEDIARIOS

P.V.P. 15,00 € + IVA
+ gastos de envío

Firmado: