





Bestellschein

SERVONA Bestellservice:

-  **Tel. 0800 73 78 69 24** kostenfrei
-  **Fax 02241/93 22-277**
-  **service@servona.de**
-  **Postfach 31 09
53831 Troisdorf**

Kundennummer (falls vorhanden): _____

Einrichtung: _____

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon, Fax: _____

E-mail (falls vorhanden): _____

- Liefere Sie mir gemäß beiligendem Rezept**
- Liefere Sie mir per Rechnung**
- Anbei Rezept für bereits erhaltene Hilfsmittel**

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Wenn Sie ein Rezept mit einsenden, schicken Sie es uns bitte zusammen mit diesem Bestellformular im bei liegenden Umschlag zu.

Die Anschrift meiner Krankenkasse:

Krankenkasse: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Bestellung

Pos.	Bestell-Nr.	Artikelbeschreibung	Stück
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Wir danken Ihnen für Ihre Bestellung. Es gelten ausschließlich die allgem. Geschäftsbedingungen der Servona GmbH!