

Fax-Formular

Fax-Nr.: +49 (0) 6131 / 809 101

Bitte senden Sie mir ein Angebot über _____ Flaschen hyaSEPT® für meine Praxis/Klinik.

Sonstiges: _____

Praxis-Klinikanschrift:

Praxis/Klinik _____

Ansprechpartner: _____

Straße / Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____

Land (D, A): _____

Alternativ: Praxisstempel

Telefon-Nr. für Rückfragen: _____

E-Mail: _____

Sonstiges: _____

Datum / Unterschrift & Firmenstempel

hyaSEPT® Deutschland

netHEAVEN GmbH - Medical Supplies

Büro Mainz
An der Favorite 4
D-55131 Mainz
Tel. +49 (0) 6131 / 97 27 501
Fax +49 (0) 6131 / 97 27 506

AG Mainz
HRB 43783
Ust-IdNr.
DE281801829

Bankverbindung
Mainzer Volksbank eG
Kto 814 742 029 BLZ 551 900 00
Swift: MVBMD E55XXX
IBAN: DE15 5519 0000 0814 7420 29

Geschäftsführer
Daniel C. Mies
Nina Grüter

info@hyasept.de

Büro Bonn
Thomas-Mann-Str. 19/21
D-53111 Bonn

www.hyasept.de