VISITENKARTE

ICH BESTELLE:

Visitenkarte				
Menge	**100 Stk.**	**250 Stk.**	**500 Stk.**	**1000 Stk.**
Preis	**39 €**	**44 €**	**49 €**	**58 €**
Bitte ankreuzen:	☐	☐	☐	☐

· *Preise inklusive Versandkosten und einem Korrekturabzug*
· *zzgl. 15 Euro für Erstgestaltung*
· *Preise exklusive MwSt.*

FOTOMOTIVE:

☐ *Eigenes Praxislogo*

☐ *09 – Zahn*

☐ *Ohne Praxislogo*

FARBE:

☐ *Orange* ☐ *Blau* ☐ *Grün* ☐ *Gelb* ☐ *Lila*

ADRESSAUFDRUCK *(max. 5 Zeilen à 35 Zeichen)*

ÖFFNUNGSZEITEN *(optional)*

Montag _____

Dienstag _____

Mittwoch _____

Donnerstag _____

Freitag _____

RECHNUNGSANSCHRIFT *(Druckschirft / Praxisstempel)*

Praxis: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Datum, Unterschrift _____

TEL.: +49 (0) 341 – 23 10 32 23 FAX: +49 (0) 341 – 23 10 32 11