HOJA DE PEDIDO

Tienda eFisioterapia.net: www.efisioterapia.net/tienda

Imprima este documento, rellene su pedido y envíelo por fax al nº 96.153.29.99

DATOS DE FACTURACIÓN

Nombre Completo o Razón social:_____

Dirección:_____

CP:_____LOCALIDAD_____PROVINCIA_____

CIF/NIF:_____TELÉFONO_____EMAIL:_____

DATOS DE ENVÍO

¿Entregar en la misma dirección de facturación?: SI__ NO__ **(en caso afirmativo no rellenar de nuevo)**

Nombre Completo o Razón social:_____

Dirección:_____

CP:_____LOCALIDAD_____PROVINCIA_____

TELÉFONO_____

PEDIDO

REFERENCIA	PRODUCTO	UNIDADES

Si tiene alguna duda puede ponerse en contacto con nosotros en el teléfono: **617417991(RAUL)**

ELECTROMEDICAL MEDITERRÁNEA, S.L. - Reg. Merc. De Valencia. Tomo 8228, Libro 5220, Folio 45, Hoja nº V-106357. Inscripción 1ª – C.I.F. B-97.622.799 DISTRIBUIDOR REGISTRADO CV-25-DIS