

## Anmeldung zum Online-Shop

### Ihre Kontaktdaten

Bitte tragen Sie hier Ihre Kontaktdaten ein, die mit einem \* markierten Felder sind Pflichtfelder.

Anrede\*

- Anrede\*
- Herr
- Frau

Titel

Vorname\*

Nachname\*

Rückrufnummer\*

Email\*

Sprache\*

- Sprache\*
- Deutsch
- Englisch

### Geschäftsdaten

Bitte tragen Sie hier Ihre Geschäftsfirmung ein

Firmierung\*

Adresszusatz

Adresse\*  Straße und Hausnummer

Postleitzahl\*

Stadt\*

Telefon

Telefax

Website

USt-ID

Kundennummer  Sofern Ihnen bekannt

### Lieferanschrift

Bitte hier nur etwas eintragen, wenn die Lieferanschrift von Ihrer Firmierung abweicht

Firmierung

Adresszusatz

Etage/Raum

Adresse  Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Stadt

### Rechnungsanschrift

Bitte hier nur etwas eintragen, wenn die Rechnungsanschrift von Ihrer Firmierung abweicht

Firmierung

Adresszusatz

Kostenstelle

Adresse  Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Stadt

### Weitere Angaben

Kundengruppe\*

Kundengruppe\*

- Arztpraxis
- Gemeinschaftspraxis
- MVZ
- Privatklinik
- Reha-Einheit
- Krankenhaus

Fachrichtung\*

Ihre Nachricht an uns!

Bemerkungen

Ich habe Ihre AGBs gelesen und bin einverstanden

Bitte bestätigen:

- Bitte bestätigen:
- Ich bin einverstanden

Ich bin nicht einverstanden

Ich möchte auch zukünftig weitere Informationen von EHS Medizintechnik zu Angeboten und Seminaren erhalten.  
Bitte bestätigen:

Bitte bestätigen:

Ich bin einverstanden

Ich bin nicht einverstanden

Anmeldung absenden