

Rücksendeformular

Datum : _____

Name Firma : _____

Kontakt : _____

Telephonnr. : _____

Abteilung : _____

Adresse : _____

PLZ / Ort : _____

Name Person/Patient : _____

Umschreibung produkt: _____

Bemerkungen:

Bemerkung:

Das Produkt sollte stets **sauber** dargestellt werden.

Absenderadresse:
Wi-Care BV
Rijnstraat 24
4191 CL Geldermalsen
NIEDERLANDE

Bitte notieren Sie auf der Box: **ALLEEN HUISADRES!**