

Bestellformular – Faxantwort Fax Nr. 07321 9469130

Fast Mode Abnahme- menge	Preis pro Analyse	Bitte Ankreuzen	Preis pro Analyse	Preis pro Mehranalyse	Bitte Ankreuzen	Preis pro Analyse	Preis pro Mehranalyse
	Listenpreis (Preis informativ)		BVND- Mitglieder			DiaMed eG - Mitglieder*	
5.000 - 5.999 Analysen pro Jahr	2,64 EUR	<input type="checkbox"/>	2,15 EUR	0,65 EUR	<input type="checkbox"/>	1,89 EUR	0,53 EUR
6.000 - 6.999 Analysen pro Jahr	2,23 EUR	<input type="checkbox"/>	1,85 EUR	0,65 EUR	<input type="checkbox"/>	1,64 EUR	0,53 EUR
7.000 - 7.999 Analysen pro Jahr	1,95 EUR	<input type="checkbox"/>	1,63 EUR	0,65 EUR	<input type="checkbox"/>	1,46 EUR	0,53 EUR
8.000 - 8.999 Analysen pro Jahr	1,75 EUR	<input type="checkbox"/>	1,49 EUR	0,64 EUR	<input type="checkbox"/>	1,35 EUR	0,52 EUR
9.000 - 9.999 Analysen pro Jahr	1,61 EUR	<input type="checkbox"/>	1,37 EUR	0,64 EUR	<input type="checkbox"/>	1,21 EUR	0,52 EUR
ab 10.000 Analysen pro Jahr	1,49 EUR	<input type="checkbox"/>	1,27 EUR	0,64 EUR	<input type="checkbox"/>	1,11 EUR	0,51 EUR

Alle Preise zzgl. MwSt. Verrechnet über monatliche Abschlagszahlung. Jahresendabrechnung erfolgt über Befundstatistik. Mehranalysen innerhalb eines Abrechnungsjahres, die über den Rahmen der vertraglich vereinbarten Stufe Analysenzahl hinausgehen werden mit den in den Tabellen angegebenen Testpreisen verrechnet. Ihr Vertragspartner: Axon Lab AG • Heinrich-Otto-Strasse 1 • 73262 Reichenbach/Stuttgart • www.axonlab.de

* Der günstige DiaMed-Preis gilt nur für Mitglieder der DiaMed eG und gleichzeitiger Mitgliedschaft im BVND.

- Ich wünsche weitere Informationen zum ADAMS HA 8180.
- Ich wünsche den Besuch eines Verkaufsmitarbeiters.
- Ich bin Mitglied des Bundesverbandes Niedergelassener Diabetologen (BVND).
- Ich möchte Mitglied des BVND werden. Bitte lassen Sie mir den Antrag zukommen.
- Ich bin Mitglied der DiaMed eG.
- Ich möchte Mitglied der DiaMed eG werden. Bitte lassen Sie mir den Antrag zukommen.

Titel, Vorname, Familienname

Praxisanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Praxis-Telefon

Praxis-Fax

Datum, Unterschrift

Praxisstempel