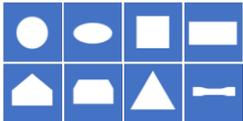


Kunde/Kundennummer _____
 Straße _____
 PLZ/Ort _____
 Ansprechpartner _____
 Tel. _____ E-Mail _____

Setbezeichnung Katarakt-Set IVOM-Set Lid-Set _____
 Angebot, für ca. _____ Sets pro Jahr
 ___ sterile(s) Musterset(s)
 ___ unsterile(s) Musterset(s)

Zur Gewährleistung einer kontinuierlichen Lieferung, wird ein Mindestlagerbestand von 1,5 Monaten vorgehalten.*	
Geplante jährliche Abnahmemenge _____ Stück	
Bitte wählen Sie eine Versandoption:	
Versandoption 1	<input type="checkbox"/> automatische Lieferung im Abstand von _____ Wochen gewünschter Starttermin ab _____
Versandoption 2 (individuell)	<input type="checkbox"/> Abrufart: manuell im Abstand von _____ Wochen
	Wunschdatum für ersten Abruf _____
Abrufmenge	Bitte geben Sie die gewünschte Abrufmenge in Bezug auf die gewählte Versandoption bzw. gewünschte Abrufart und -turnus an _____ Stück in Abhängigkeit von der Verpackungseinheit wird die Anzahl aufgerundet
Versandkosten	<input checked="" type="checkbox"/> im Setpreis inkludiert (Standard) <input type="checkbox"/> auf Wunsch oder bei Liefervereinbarung ab Werk separate Versandkostenrechnung

PATIENTEN-ABDECKSYSTEM

Maß _____ cm x _____ cm
 Material wasserdicht wasserabweisend
 Stanzung 
 gewünschtes Maß _____
 Ablaufbeutel 1 St. 2 St. System nein
 Inzisionsfolie 1 St. 2 St. System nein
 Kleberand ja nein
 Brücke ja nein

ARMLEHNENBEZÜGE

Maß/Menge _____ cm x _____ cm/____ St.
 Tape ja nein

ARMLEHNENBEZÜGE

Maß/Menge _____ cm x _____ cm/____ St.
 Maß/Menge _____ cm x _____ cm/____ St.

EINSCHLAG/VERPACKUNG

Krepp Abdecktuch
 Maß _____ cm x _____ cm

MESSER/SKALPELLE

Bezeichnung/Größe _____ St.

STANDARDKANÜLEN/SONDERKANÜLEN

Bezeichnung/Größe _____ St.

OP-KITTEL

SMMS
 Gr. ___: ___ St. Gr. ___: ___ St. Gr. ___: ___ St.
 Softesse
 Gr. ___: ___ St. Gr. ___: ___ St. Gr. ___: ___ St.

HANDSCHUHE

Latexhaltig
 Gr. ___: ___ Paar Gr. ___: ___ Paar Gr. ___: ___ Paar
 Latexfrei
 Gr. ___: ___ Paar Gr. ___: ___ Paar Gr. ___: ___ Paar

HANDTÜCHER

ja, ___ St. nein

SPRITZEN

Luer Anschluss	1 ml ___ St.	2 ml ___ St	5 ml ___ St	10 ml ___ St	20 ml ___ St	
Luer-Lock Anschluss	1 ml ___ St.	2 ml ___ St	3 ml ___ St	5 ml ___ St	10 ml ___ St	20 ml ___ St.

MEDIKAMENTENBECHER

60 ml: ___ St

ABWURFBECHER

60 ml: ___ St 125 ml: ___ St.

SCHALEN

1-teilig: ___ cm x ___ cm 2-teilig: ___ cm x ___ cm 3-teilig: ___ cm x ___ cm

INSTRUMENTENWISCHTUCH

ja, ___ St. nein

MULLKOMPRESSEN

5 x 5 cm	8-fach: ___ St.	12-fach: ___ St.	16-fach: ___ St.
7,5 x 7,5 cm	8-fach: ___ St	12-fach: ___ St.	16-fach: ___ St.
10 x 10 cm	8-fach: ___ St	12-fach: ___ St.	16-fach: ___ St.

MULLTUPFER

Pflaumengroß	___ St.
Eigroß	___ St.
Faustgroß	___ St.

AUGENKOMPRESSEN

klein, offen	___ St.
klein, geschlossen	___ St.
groß, offen	___ St.
groß, geschlossen	___ St.

WATTESTÄBCHEN

klein, Holz	___ St.
klein, Plastik	___ St.
groß, Holz	___ St.
groß, Plastik	___ St.

AUGENKLAPPEN

___ St.

PRO-OPHTA-STÄBCHEN

___ St.

SONSTIGES

GERNE STEHT IHNEN UNSER KUNDENSERVICE (CUSTOMERSERVICE@HUMANOPTICS.COM) FÜR FRAGEN UND ZUR BERATUNG ZUR VERFÜGUNG

*Bitte beachten Sie, dass produktionsbedingt unsere Lieferzeiten je nach Artikel bis zu 8-10 Wochen betragen. Bei regelmäßiger Wiederbestellung halten wir gern kostenfrei eine auf Ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmte Menge bestimmter Artikel für Sie auf Lager. Im Bedarfsfall reduzieren sich unsere Lieferzeiten dadurch auf wenige Tage. Abgerufene Lagerbestände werden von uns automatisch – mit den üblichen Produktionszeiten – aufgefüllt. Die Vereinbarung bestimmter Lagerbestände kann von Ihnen jederzeit widerrufen werden. Bitte haben Sie Verständnis, dass für Sie auf lagerehaltene Bestände sowie Artikel, die bereits zur Wiederauffüllung der Lagerbestände produziert werden, innerhalb von 3 Monaten nach Widerruf der Lagervereinbarung zu den dann aktuellen Preisen abgenommen werden müssen.