

ZOCOLINO



## BESTELLFORMULAR

1. Kopie		2. Kopie		3. Kopie													
An <b>ORTOPAG AG</b> Aaraustrasse 42 CH- 5734 Reinach, Schweiz Tel 062 765 70 30 Fax 062 7657038		Händler, Adresse (Stempel)		Kunde		Unterschrift Kunde											
				Name													
				Vorname													
				Strasse		Anzahlung 50%											
				PLZ		Dat:											
Ort																	
Bestelldatum		Lieferdatum		Telefon		Restzahlung 50%											
Bemerkungen				E-mail		Dat:											
				Weite	li	re											
				Breite	li	re											
Pos.	Bezeichnung	Best.Nr.	Größen												Gesamt- paare	Gesamt- preis	
			36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47			
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	