

ANTRAGSFORMULAR

ICH WÜNSCHE ÜBER INTERNET BESTELLEN ZU KÖNNEN

Ich bin bereits
Galexis Kunde

 Ja

Kd.-Nr.

 Nein

Kundengruppe

Apotheke

Arzt

Drogerie

Spital/Heim

Name

Vorname

Firma

Strasse

PLZ

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Ort / Datum

Unterschrift

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, die aktuellen Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Galexis AG gelesen zu haben und zu akzeptieren.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular zurück an:

Galexis AG

Industriestrasse 2 · Postfach · 4704 Niederbipp
Tel +41 58 851 71 11 · Fax +41 58 851 71 14
info@galexis.com · www.galexis.com

GALEXIS, EIN UNTERNEHMEN DER GALENICA GRUPPE