



Bestellformular Curriculum 2025

Titel, Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>
PLZ, Wohnort	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
Mobil	<input type="text"/>
Zahnarztpraxis	<input type="text"/>

Bei abweichender
Rechnungsadresse bitte
angeben.

Rechnung an
Praxisadresse:

Hiermit bestelle ich für das Curriculum 2025:

(Bitte Menge eintragen)

___ Natürlicher Molar (17,00 € zzgl. MwSt.)

___ Kunststoff-Zahn (8,00 € zzgl. MwSt.)

___ Kunststoff-Blöckchen mit 7 Kunststoff-Zähnen (55,30 € zzgl. MwSt.)
(1x Front, 3x Prämolare, 3x Molar mit verschiedenen Kanalvariationen)

Ort, Datum

Unterschrift / Praxisstempel

*ACHTUNG:

Bei Zahlung durch einen alternativen Rechnungsempfänger
Verantwortliche(r) bzw. Schuldner(in) für die Materialbestellung ist:

Titel, Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>
PLZ, Wohnort	<input type="text"/>

Ort, Datum

Unterschrift Praxisinhaber-in