





## BESTELLFORMULAR

per E-Mail an [gvp@hausaezterverband.de](mailto:gvp@hausaezterverband.de) oder per Fax an: 02203 977 88-21  
zwecks Weiterleitung an VS Medical zur Bearbeitung Ihrer Bestellung

Ich/wir bestelle(n) bei der **VS Medical von Stauffenberg Consulting & Trading GmbH** verbindlich:

Menge (Packungen)	Produktbezeichnung	Preis pro Packung
	 <b>VSMEDICAL Covid-19 Antigen Schnelltest</b> , Professional, Nasenabstrich, 25 Stück je Packung, Stückpreis 2,80 €	<b>70,00 €</b>
	 <b>WONDFO Covid-19 Antigen Schnelltest</b> , Professional, Nasenabstrich, 20 Stück je Packung, Stückpreis 3,10 €	<b>62,00 €</b>
	 <b>MEDIHANDS Einweg-Handschuhe</b> , Nitril, 100 Stück je Packung	<b>14,50 €</b>
Bitte rechts eintragen	S _____ M _____ L _____ (Packungen)	
	 <b>FFP2 Masken</b> , 6 Stück je Packung Zhi Shan, CE zertifiziert, Prüfstellenummer: 2163, Stückpreis 0,19 €	<b>1,14 €</b>

Preise zzgl. gesetzl. MwSt. und Versandkostenpauschale (pro Paket 9,90 €, versicherter Versand). Lieferzeit 2-5 Werktage.

**Bitte beachten:**

**Aufgrund der aktuellen Notlage können die Konditionen korrigiert werden. Die tagesaktuellen Preise finden Sie online unter [vs-medical.de](http://vs-medical.de) oder im aktuellen Bestellformular auf der Website des Hausärzterverbandes ([hausaezterverband.de](http://hausaezterverband.de)).**

Praxis: \_\_\_\_\_ Name des Bestellers: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift (Straße, PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
(bitte unbedingt angeben!)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Stempel: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass die GVP Gesellschaft für Versorgung und Praxis mbH im Deutschen Hausärzterverband sowie die VS Medical von Stauffenberg Consulting & Trading GmbH meine oben genannten Daten ausschließlich zur Bearbeitung meines Bestellwunsches speichern und nutzen dürfen. Ich stimme zu, dass meine angegebenen Daten von der GVP im Deutschen Hausärzterverband für einen internen Datenabgleich zur Überprüfung meiner Mitgliedschaft im Hausärzterverband genutzt werden dürfen. Eine Übermittlung meiner Daten an Außenstehende erfolgt nicht.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_