

Auslieferung Ihrer ICX-Chirurgie/ICX-MAGELLAN/ICX-Überweiserbox

- JA** - ich bitte um **exemplarische Vorbestückung** der Box durch medentis medical GmbH (unsteril)
- NEIN** - ich bestücke die Box in meiner Praxis selbst

Ort/Datum

Unterschrift/Praxisstempel