

## RECHNUNGS- UND KONTAKTDATEN

Firmenname \*

Adresszeile 1 \*

Adresszeile 2

LKZ \*

PLZ \*

Ort \*

Telefonnummer \*

Faxnummer \*

USt-IdNr. \*

E-Mail \*

Web \*

Branche \*

Zahnarzt

Praxislabor

Dentallabor

Fräszentrum

Grosshändler

Hersteller

sonstiges

## ABWEICHENDE LIEFERANSCHRIFT

Firmenname \*

Adresszeile 1 \*

Adresszeile 2

LKZ

PLZ \*

Ort

## ANSPRECHPARTNER

Vor- und Nachname \*

Telefonnummer Ansprechpartner \*

E-Mail Ansprechpartner \*

Position Ansprechpartner

**HINWEIS:** Alle mit \* gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder

## ORT, DATUM

## UNTERSCHRIFT / FIRMENSTEMPEL

Durch Angabe meiner E-Mail-Adresse erkläre ich mich damit einverstanden, dass die NT-TRADING GmbH & Co. KG mir regelmäßig Informationen zu Ihrem Produktsortiment per E-Mail zuschickt. Meine Einwilligung kann ich jederzeit gegenüber der NT GmbH widerrufen.