

# Orderformulär

PureMotion® amalgamavskiljningssystem

## Beställare/Depot

Namn\*

Gata/nummer\*

Postnr/ort\*

Telefon/e-post

Kontaktperson

## Praktik

Namn\*

Gata/nummer\*

Postnr/ort\*

Telefon/e-post

Kund-nr (om sådant finns)

## Uppgifter om beställningen

Härmed beställer vi enligt de kända leveransvillkoren/allmänna försäljningsvillkoren:

med tillägg av moms,  
frakt och fraktkostnader

Systemtyp	Art.-Nr.	PureMotion® system	Antall
Centralt komplett system med torr sugmaskin	A0000179	PureMotion® M8	
	A0000251	PureMotion® M8 backup	
	A0000246	PureMotion® M4	
	A0000235	PureMotion® M2	
System vid befintlig torrsugningsmaskin	A0000178	PureMotion® M8oS	
	A0000248	PureMotion® M4oS	
	A0000245	PureMotion® M2oS	
System vid befintlig våtsugmaskin	A0000256	PureMotion® W4	
	A0000255	PureMotion® W2	

Vårt ordernummer

önskad leveranstid

handläggare/beställare

Leveransort\*

Praktik

Depot

\*Obligatoriska fält – i annat fall kan inte medentex godkänna ordern.

Beställare bekräftar härmed att installationen endast utförs av en teknisk produktrådgivare, som har avklarat en PureMotion® produktutbildning.

Ort, datum

Underskrift

