

ANMELDUNG FÜR EINEN LASER-TESTMONAT

Ich möchte folgendes LASOTRONIC Lasersystem für 1 Monat testen:

Gerätetyp	Leistung	Wellenlänge	Testpreis inkl. MwSt, zzgl. Versandkosten	Auswahl (bitte ankreuzen)
MED-130	30 mW	660 nm	119,-	<input type="checkbox"/>
MED-130	50 mW	780 nm	119,-	<input type="checkbox"/>
MED-130 R	30 mW	660 nm	119,-	<input type="checkbox"/>
MED-701	330 mW	670 nm	190,-	<input type="checkbox"/>
MED-701	330 mW	810 nm	190,-	<input type="checkbox"/>
MED-701	500 mW	810 nm	190,-	<input type="checkbox"/>

Die Testgebühr ist nach Ende der Leihstellung fällig.

Bei Übernahme des Gerätes wird die Gebühr mit dem Kaufpreis verrechnet.

Anrede (Herr/Frau/Dr.): _____

Name, Vorname: _____

Fachgebiet: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Tel.: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____