

# Bestellformular

Fax 02573 69795 9917

E-Mail [sodex.gmbh@web.de](mailto:sodex.gmbh@web.de)

# REVOIS®

Dental Implantat System

Bezeichnung	Artikelnummer	Menge
	MD	
	MD	
	MD	
	MD	
	MD	
	MD	
	MD	
	MD	
	MD	
	MD	
	MD	
	MD	
	MD	
	MD	
	MD	
	MD	
	MD	
	MD	
	MD	
	MD	
	MD	

Kundennummer

Praxisname / Firmenname

Name, Vorname

PLZ, Ort

Telefonnummer

Ihre Anmerkungen:

Datum, Stempel, Unterschrift:

**sodex**  
sodex GmbH  
Sunderholz 125a  
45134 Essen  
[www.revois-dental.com](http://www.revois-dental.com)

Fax 02573 69795 9917  
E-Mail [sodex.gmbh@web.de](mailto:sodex.gmbh@web.de)  
[www.revois-shop.com](http://www.revois-shop.com)

# REVOIS®

Dental Implantat System

\*Es gelten unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen, einsehbar unter [www.revois-dental.com](http://www.revois-dental.com)