

# PEDIDO POR FAX

Dirigido a: SURGEST MEDICAL, c/ Valles, 92 – 08172 Sant Cugat del Valles (Barcelona-España)

Numero de Fax: (+34) 93 674 30 34

| Datos del solicitante |         |       |
|-----------------------|---------|-------|
| Realizado por:        |         |       |
| Facturar a:           |         |       |
| Dirección:            |         |       |
| Ciudad:               | CP:     | País: |
| CIF/NIF:              | E-mail: |       |
| Teléfono:             | Fax:    |       |

| Referencia | Descripción | Unidades | Precio unidad | TOTAL |
|------------|-------------|----------|---------------|-------|
|            |             |          |               |       |
|            |             |          |               |       |
|            |             |          |               |       |
|            |             |          |               |       |
|            |             |          |               |       |
|            |             |          |               |       |
|            |             |          |               |       |
|            |             |          |               |       |
|            |             |          |               |       |
|            |             |          |               |       |
|            |             |          |               |       |
|            |             |          |               |       |
|            |             |          |               |       |
|            |             |          |               |       |

|                    |  |
|--------------------|--|
| Subtotal           |  |
| Impuestos (IVA 7%) |  |
| <b>TOTAL</b>       |  |

| Elegir forma de pago               |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/>           | <b>Tarjeta de Crédito Visa o Mastercard.</b> |
| Números de la Tarjeta (16 dígitos) | <input type="text"/>                         |
| Valida hasta                       | Mes <input type="text"/>                     |
|                                    | Año <input type="text"/>                     |
| <input type="checkbox"/>           | <b>Domiciliación bancaria</b>                |
| Nº cuenta bancaria (20 dígitos)    | <input type="text"/>                         |

| Sistema de envío  |
|---|
| Envíos Nacionales: Portes pagados en importes superiores a 250,00 Euros |
| Envíos Internacionales: Portes Debidos.                                 |

Por favor contactar con nosotros si tiene alguna duda o prefiere un sistema de pago o de envío diferentes:  
Teléfono: +34 93 589 53 50 - FAX: +34 93 674 30 34