

DENTAL ATELIER

Abholauftrag

Zahnarztpraxis / Stempel

Datum: _____

Abholung am: _____

Vormittags

von _____ bis _____

Nachmittags

von _____ bis _____

in der Praxis

hinterlegt bei / bitte mit vollständiger Adresse und Telefonnummer

Bemerkung:

