



Preisliste Röntgen

Bestellfaxnummer.: 0 68 25 / 80 00 - 2 00

Varitec AG • Auf Pfuhlst 6 • 66589 Merchweiler • Tel.: 0 68 25/80 00 - 1 10 • E-mail: bestellung@varitec.de

Röntgenfilme

Art. Nr.	Beschreibung	Typ/Grösse	Einheiten	Aktionspreis	Hiermit bestelle ich:
TYPON200900	Röntgenfilme grünempfindlich	Tyko, 9x12 cm, 100 Blatt	PCK.	6,14 €	
TYPON200901	Röntgenfilme grünempfindlich	Tyko, 13x18 cm, 100 Blatt	PCK.	13,30 €	
TYPON200902	Röntgenfilme grünempfindlich	Tyko, 18x24 cm, 100 Blatt	PCK.	24,55 €	
TYPON200903	Röntgenfilme grünempfindlich	Tyko, 24x30 cm, 100 Blatt	PCK.	40,91 €	
TYPON200904	Röntgenfilme grünempfindlich	Tyko, 15x40 cm, 100 Blatt	PCK.	34,09 €	
TYPON200905	Röntgenfilme grünempfindlich	Tyko, 20x40 cm, 100 Blatt	PCK.	45,45 €	
TYPON200906	Röntgenfilme grünempfindlich	Tyko, 30x40 cm, 100 Blatt	PCK.	68,18 €	
TYPON200907	Röntgenfilme grünempfindlich	Tyko, 35x35 cm, 100 Blatt	PCK.	69,60 €	
TYPON200908	Röntgenfilme grünempfindlich	Tyko, 35x43 cm, 100 Blatt	PCK.	86,49 €	
TYPON200912	Röntgenfilme grünempfindlich	Tyko, 18x43 cm, 100 Blatt	PCK.	45,90 €	

Entwickler & Fixierer

Art. Nr.	Beschreibung	Typ/Grösse	Einheiten	Aktionspreis	Hiermit bestelle ich:
TYPON600100	Entwickler 2x20 l	DX 31	PCK.	47,90 €	
TYPON600104	Fixierer 2x20 l	FX 31	PCK.	31,20 €	

Dienstleistungen

RO1APKP	Konstanzprüfung	Nicht-Filmkunden	Pauschale	95,00 €	
RO1APKP	Konstanzprüfung	Filmkunden	Pauschale	38,00 €	
ROBWGKP	Konstanzprüfung	Digital Röntgen und Bildschirm	Pauschale	158,00 €	
ROEWMWART	Wartung Entwicklungsmaschine		Pauschale	195,00 €	

Alle Preise zzgl. MwSt.

Praxisstempel

Anschrift:

Name _____
 Straße _____
 PLZ/Ort _____
 Telefon _____
 Fax _____
 E-mail _____

Abteilungskürzel:

Fax Nr.: 0 68 25 / 80 00 - 2 00

Varitec AG • Auf Pfuhlst 6 • 66589 Merchweiler • Tel.: 0 68 25/80 00 - 1 10 • E-mail: bestellung@varitec.de

Das Team der Auftragsannahme kümmert sich gerne um Ihre Bestellungen und Ihre Wünsche!

Ich wünsche Beratung zur Medizintechnik:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Bedarfsartikel/Verbrauchsmaterialien | <input type="radio"/> Patientenversorgung |
| <input type="radio"/> Sterilisation/Desinfektion/Chargendokumentation | <input type="radio"/> Technischer Service |
| <input type="radio"/> Monitoring/Pulsoximetrie | <input type="radio"/> EKG-Ergometrie |
| <input type="radio"/> konventionelle Röntgentechnik/digitale Röntgentechnik | <input type="radio"/> Praxiseinrichtungen/Praxisplanungen |
| <input type="radio"/> EDV-IT-Systemhaus PC-Technik/Vernetzungen/VPN | <input type="radio"/> Defibrillation/Notfallmedizin |
| <input type="radio"/> Sonographiesysteme | |

Ich wünsche Beratung zu Medizinprodukten:

- | | |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Injektion/Infusion | <input type="radio"/> Praxis- /OP-Mobiliar |
| <input type="radio"/> OP-Bedarf/Amb. Operieren | <input type="radio"/> Notfall- /Arzttaschen |
| <input type="radio"/> Desinfektion/Hygiene | <input type="radio"/> Therapie- /Chirurgiegeräte |
| <input type="radio"/> Verbandstoffe | <input type="radio"/> Labor- /Einmalartikel |
| <input type="radio"/> Diagnosegeräte/Instrumente | <input type="radio"/> Naturheilkunde |

Ich wünsche Beratung zu Finanzierungsmöglichkeiten:

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Kauf | <input type="radio"/> Neu |
| <input type="radio"/> Miete | <input type="radio"/> Gebrauch |
| <input type="radio"/> Leasing | |

Bitte rufen Sie mich an (Wunschtermin) _____

Ich möchte einen Termin mit meinem zuständigen Außendienstmitarbeiter (Wunschtermin) _____

Praxisstempel

Anschrift:

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Fax _____

E-mail _____

Abteilungskürzel: