



**B.A.H.**  
**Bundesarbeitsgemeinschaft**  
**Hauskrankenpflege e.V.**

B.A.H. e.V.  
Cicerostr. 37

10709 Berlin

Tel.: 030 / 369 92 45 -0  
Fax: 030 / 369 92 45 - 15

## Bestellformular

### **B.A.H.- Pflegeverträge**

Ich/Wir bestelle/n zur Lieferung an meinen/unseren Pflegedienst:

(Bitte kreuzen Sie die gewünschte Menge an oder tragen die gewünschte Anzahl bei größeren Mengen ein, **Abgabemengen immer in 25er Schritten**)

<b>25</b>	<b>50</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	<b>Anzahl</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

#### **Exemplare B.A.H.-Muster- Pflegevertrag**

Format DIN A3, gelocht, gefalzt mit zwei selbstdurchschreibenden Durchschlägen

zum Preis von 0,65 € je Exemplar

Jeweils zuzüglich Kosten für Porto und Verpackung in Höhe von 3,00 € für Briefpost und 5,00 € für Paketpost.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Pflegedienst, Anschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift