



Innovative Balneo-Therapie mit reduzierten Badevolumina

GOP: 10350

Punktwert: 1.125

Staffelpreise Balneo-Spezialfolie, PZN 4306144

- | | | |
|--------------------------|------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | 4 Rollen = 100 Behandlungen | 209,00 € |
| <input type="checkbox"/> | 16 Rollen = 400 Behandlungen | 772,00 € |
| <input type="checkbox"/> | 32 Rollen = 800 Behandlungen | 1.489,00 € |

Staffelpreise Phumasol®-Spezial, PZN 0669393

* bei einer Konzentration von 12,5 % in 4 Liter Wasser

- | | | |
|--------------------------|---|------------|
| <input type="checkbox"/> | 8 Gebinde á 12,5 kg = 100 kg = 200 Behandlungen* | 196,00 € |
| <input type="checkbox"/> | 32 Gebinde á 12,5 kg = 400 kg = 800 Behandlungen* | 756,00 € |
| <input type="checkbox"/> | 64 Gebinde á 12,5 kg = 800 kg = 1.600 Behandlungen* | 1.376,00 € |

Staffelpreise Phumasol®-Elektrolyt, PZN 0669364

* bei einer Konzentration von 12,5 % in 4 Liter Wasser

- | | | |
|--------------------------|---|------------|
| <input type="checkbox"/> | 8 Gebinde á 12,5 kg = 100 kg = 200 Behandlungen* | 198,00 € |
| <input type="checkbox"/> | 32 Gebinde á 12,5 kg = 400 kg = 800 Behandlungen* | 765,00 € |
| <input type="checkbox"/> | 64 Gebinde á 12,5 kg = 800 kg = 1.600 Behandlungen* | 1.389,00 € |

Staffelpreise Phumasol®-NaCl (99,9 %), PZN 6795727

* bei einer Konzentration von 12,5 % in 4 Liter Wasser

- | | | |
|--------------------------|---|----------|
| <input type="checkbox"/> | 8 Gebinde á 12,5 kg = 100 kg = 200 Behandlungen* | 98,00 € |
| <input type="checkbox"/> | 32 Gebinde á 12,5 kg = 400 kg = 800 Behandlungen* | 388,00 € |
| <input type="checkbox"/> | 64 Gebinde á 12,5 kg = 800 kg = 1.600 Behandlungen* | 769,00 € |

Unsere Folien sind PVC-frei und enthalten keine Weichmacher!

Gewünschte Bestellung bitte ankreuzen. Die Preise verstehen sich zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer. Die Versandkostenpauschale beträgt 12,90 €. Ab einem Bestellwert von 400,-- € erfolgt die Lieferung frei Haus.

Kundennummer (falls vorhanden) _____

Praxis _____

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ Ort _____

