

# Bestellformular



Neukunde  Ja\*  Nein

Apothekenname .....

NXT Pharma GmbH

Köpenicker Str. 126

Ansprechpartner .....

10179 Berlin

Telefonnummer .....

Tel: (+49)30 896779134

Straße/ Nr. ....

Fax: (+49)30 22187324

PLZ/ Ort .....

Email: [info@nxt-pharma.com](mailto:info@nxt-pharma.com)

*\*Neukunden oder Kunden, die zum ersten Mal Betäubungsmittel bei uns bestellen, bitten wir, die Apothekenbetriebserlaubnis und die BTM-Erlaubnis bei der Bestellung für unsere Anlagen zu übermitteln.*

Menge	PZN	Produktname	THC-Anteil	CBD-Anteil	Cultivar	Preis
	17574165	NXT Pharma 20:0	20 mg/ml	0 mg/ml	EMT 2	162,18€

Bitte schicken Sie mir unverbindlich und kostenfrei weiteres Informationsmaterial zu Ihren Produkten per Post zu.

Datum .....

Unterschrift .....