

pieczęć Zakładu/Sklepu

NAZWISKO osoby wypełniającej arkusz :

Dane PACJENTA

Nazwisko :

Imię :

Data urodzenia :

Adres :

1-sza terapia

1 szt.

Nr karty w przypadku kontynuacji

para

Nr Klienta :

Data :

PRAWA rękawiczka

- z rękawkim (max.5 cm)
- do łokcia
- oddzielnie
- jako jedna całość

Zapięcie

- zamek błyskawiczny
- Velcro

długość : _____ cm

- po wewnętrznej stronie
- po stronie grzbietowej
- po stronie małego palca

PRAWA - specyfikacja

- osłonka na palec z paskiem
- osłonka na palec bez paska
- podkładka uciskowa (należy zaznaczyć kontur na rysunku)

w części dłoniowej

w części grzbietowej

LEWA rękawiczka

- z rękawkim (max.5 cm)
- do łokcia
- oddzielnie
- jako jedna całość

Zapięcie

- zamek błyskawiczny
- Velcro

długość : _____ cm

- po wewnętrznej stronie
- po stronie grzbietowej
- po stronie małego palca

LEWA - specyfikacja

- osłonka na palec z paskiem
- osłonka na palec bez paska
- podkładka uciskowa (należy zaznaczyć kontur na rysunku)

w części dłoniowej

w części grzbietowej

TKANINA

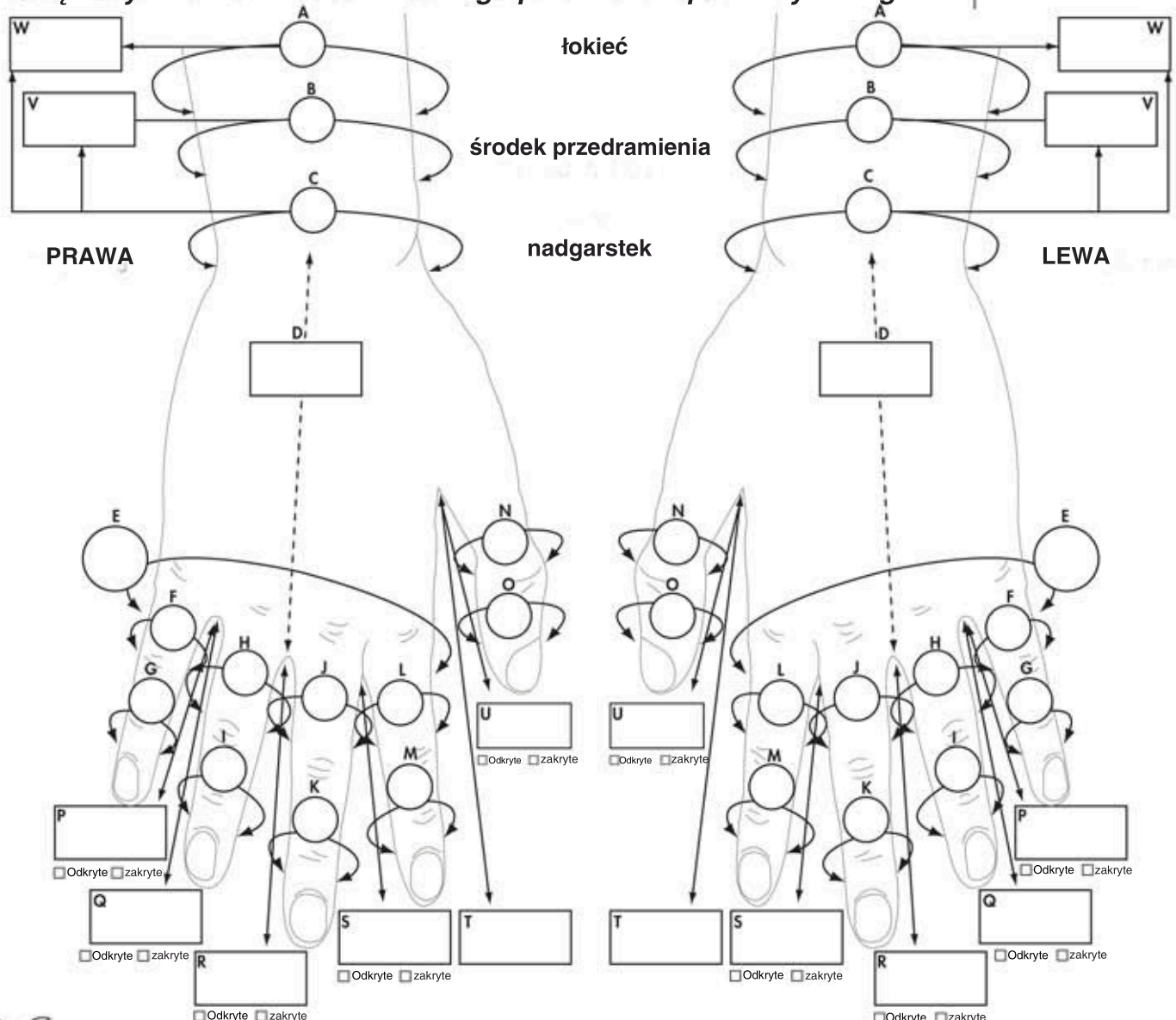
Cicatrex® Fillfine

- biały
- beżowy
- szary
- czarny

Cicatrex® Skin

- karmelowy
- czarny

Proszę narysować kontur zamawianego produktu na poniższym diagramie.



W przypadku palców, proszę określić oczekiwane długości palców w rękawicze.



THUASNE

THUASNE Polska sp. z o.o., Łazy, Al. Krakowska 202, 05-552 Wólka Kosowska

formularz prosimy przesłać faksem : 022 757 77 36, lub e-mail'em : biuro@thuasne.pl