

Nome cliente: _____ N. cliente: _____

Referente: _____

Data ordine: _____ N. ultimo ordine: _____

Nome paziente: _____

Preventivo di spesa Ordine

Bauerfeind AG
Filiale italiana
Tel: +39 02 89776310
Fax: +39 02 89775900

Firma/timbro azienda: _____

Calotta dita dei piedi

Colori Crema Caramel Nero
 Anthracite Marine Bordeaux

Compressione Ccl1 Ccl2 Ccl3

Gamba sinistra

Gamba destra

Quantità Pezzi piede sinistro _____
 Pezzi piede destro _____

Dita dei piedi:

dita dei piedi aperte

senza mignolo

dita dei piedi chiuse

dita dei piedi fissate alla calza

calotta per i piedi fissata alla calza

Bordo:

in maglia

compressivo

Inserire tutti i dati in cm. L'ordinante verrà considerato responsabile di eventuali misure errate. Le versioni speciali non possono essere cambiate.

Richieste speciali: _____

