

Juzo Compression Wrap

Juzo ACS Light

Beställning Kostnadsförslag

Beställare (Vänligen texta tydligt)	Fakturamottagare (Vänligen texta tydligt)
Arb.plats/kund-nr.	Kostnadsställe:
Adress:	Adress:
Tel/Fax:	
E-Mail:	Datum:
Kommission	
<input type="checkbox"/> Kryssa för det önskade <input type="checkbox"/> Bilaga/foto bifogas i e-mail Produkt skickas till: <input type="checkbox"/> Beställare <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Annat	

Vänster arm
 Höger arm

Omfång (c) i cm · Längd (l) i cm

Vänster hand
 Höger hand

Omfång (c) i cm · längd (l) i cm

cA.....
lAC.....

<input type="checkbox"/> Juzo Compression Wrap <input type="checkbox"/> Juzo ACS Light			
Form	Storlek	Antal	
 Handdel	Juzo ACS Light: <input type="checkbox"/> 1/XS <input type="checkbox"/> 2/S <input type="checkbox"/> 3/M <input type="checkbox"/> 4/L		
	Juzo Compression Wrap: <input type="checkbox"/> 1/XS <input type="checkbox"/> 2/S <input type="checkbox"/> 3/M <input type="checkbox"/> 4/L <input type="checkbox"/> 5/XL		
 Ärmdel	<input type="checkbox"/> Normal		
	<input type="checkbox"/> Lång	<input type="checkbox"/> 1/XS <input type="checkbox"/> 2/S <input type="checkbox"/> 3/M <input type="checkbox"/> 4/L <input type="checkbox"/> 5/XL	
Färg (endast Juzo ACS Light)	<input type="checkbox"/> Beige <input type="checkbox"/> Svart		

Speciella önskemål / Alt. lev. adress (vänligen texta tydligt):

.....

.....

.....

.....