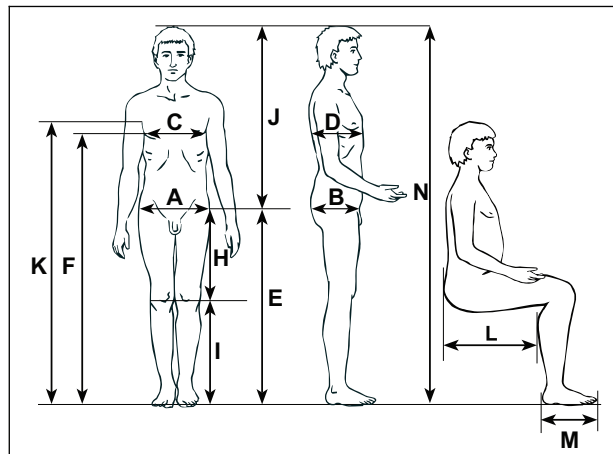


INDYWIDUALNA KARTA POMIAROWA

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA



| | | |
|---|--|----|
| A | Szerokość bioder | cm |
| B | Głębokość bioder (Parapion i Rehasuv - dodatkowo obwód) | cm |
| C | Szerokość klatki piersiowej | cm |
| D | Głębokość klatki piersiowej (Parapion i Rehasuv - dodatkowo obwód) | cm |
| E | Wysokość do osi stawu biodrowego | cm |
| F | Wysokość do poziomu mostka | cm |
| G | Waga użytkownika | kg |
| H | Długość uda | cm |
| I | Długość podudzia | cm |
| J | Długość tułowia | cm |
| K | Wysokość od stóp do pachy | cm |
| L | Odległość od pleców do łydki* | cm |
| M | Długość stopy | cm |
| N | Wzrost użytkownika | cm |
| O | Odległość od poziomu bioder do pachy | cm |
| P | Odległość między kolanami | cm |

ZAMÓWIENIE CZAS REALIZACJI 14 DNI

Rozwiązania specjalne (zmiany konstrukcyjne) wymagają każdorazowo konsultacji oraz podlegają indywidualnej wycenie i terminowi realizacji.

UWAGA! Prosimy o zaznaczenie znakiem "X" typu urządzenia oraz sugerowanego rozmiaru na podstawie parametrów zamieszczonych w katalogu. Dodatkowo przy zamawianiu pionizatora PARAMOBIL prosimy o zaznaczenie wybranej wersji pionizatora. Zamawiając WYPOSAŻENIE DODATKOWE prosimy o wpisanie numeru wyposażenia (np. ZB_003) w odpowiedniej rubryce. W przypadku wątpliwości prosimy o przesłanie karty bez zaznaczenia rozmiaru oraz kontakt z Biurem lub Przedstawicielem Regionalnym.

* Wymiar bardzo ważny przy zamawianiu fotelików i pionizatorów z funkcją fotelika.

| NAZWA | DOSTĘPNE ROZMIARY | WYPOSAŻENIE DODATKOWE (poz. z cennika) |
|---|---|--|
| PARAPION PIONIZATOR STATYCZNY | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | |
| PARAPION ACTIVE PIONIZATOR STATYCZNY | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | |
| ACTIVALL PIONIZATOR DYNAMICZNY | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | |
| ACTIVALL CROSS PIONIZATOR DYNAMICZNY | <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | |
| SMART PIONIZATOR STATYCZNY | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | |
| Vision PIONIZATOR STATYCZNY Czas realizacji do 30 dni | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | |
| PARAMOBIL PIONIZATOR STATYCZNO-DYNAMICZNO-REHABILITACYJNY | <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> STANDARD (stat.-dynam.-rehab.) <input type="checkbox"/> MODUŁ statyczny <input type="checkbox"/> MODUŁ stat.-dynam. <input type="checkbox"/> MODUŁ rehabilitacyjny <input type="checkbox"/> MODUŁ dynamiczny <input type="checkbox"/> MODUŁ stat.-rehab. <input type="checkbox"/> MODUŁ dynam.-rehab. | |
| KOTEK PIONIZATOR DZIECIĘCY | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 | |
| SŁONIK FOTELIK REHABILITACYJNY | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | |
| ZEBRA FOTELIK REHABILITACYJNY | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 | |
| DALMATYŃCZYK PIONIZATOR REHABILITACYJNY | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | |
| REHASUV PIONIZATOR REHABILITACYJNY | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | |
| LIFTER PIONIZATOR STATYCZNY | <input type="checkbox"/> 1 | |
| HIPPO WÓZEK SPECJALNY DZIECIĘCY | <input type="checkbox"/> Zestaw 2 <input type="checkbox"/> Pełne koła (niepompowane) <input type="checkbox"/> Zestaw 6 <input type="checkbox"/> Koła pompowane z tworzywa <input type="checkbox"/> Koła pompowane ze szprychami | |
| RACER WÓZEK SPECJALNY | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | |
| RACER+ WÓZEK SPECJALNY | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | |

Nr ZAM.

Wpłynęło:
.....
(data i podpis)

Przeгляд umowy:
.....
(data i podpis)

Wysłano do klienta:
.....
(data i podpis)

Nr wyrobu:
.....

Nr faktury:
.....

Za podanie niewłaściwych wymiarów pacjenta lub zamówienie niewłaściwego rozmiaru sprzętu konsekwencje ponosi zamawiający.

UWAGI

Dostawa do:
 PACJENTA SKLEPU

Wybrany termin płatności (przelew):
 7 DNI 30 DNI

Adres wysyłki, godziny pracy:

Telefon:

Pieczęć:

Data i podpis zamawiającego: