

Bestellformular für die Miete einer motorisierten CPM-Bewegungsschiene

Name, Adresse und Telefonnummer des Patienten:



Knie
 rechts links

Sprunggelenk
 rechts links

Besondere Hinweise:

Lieferung: ab sofort ab dem

Lieferadresse: privat sonstige

Verordnet von:

Auftrag erteilt durch:

.....

Bitte faxen an: 032 323 30 00

Gerne nehmen wir Ihre telefonische oder online Bestellung entgegen

www.kinerent.ch