MASK

ANAPLASTOLOGEN

Firmenstempel:	Bearbeiter:
	Bestelldatum:
	Gewünschtes Abgabedatum:

Patientenname:	Geburtsdatum:
Verordnet durch:	am:

Orthese:	Verstärkungsstreifen:
Farbe:	Farbe:
Shore: O 35 O 65 Stärke: O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 mm	Shore: : O 35 O 65 Stärke: O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 mm
Klettverschlüsse: (distal nach proximal) (20mm oder 30mm möglich) 1) Breite: mm, Farbe 2) Breite: mm, Farbe 3) Breite: mm, Farbe	Anmerkungen: Das Auftragsformular muß vollständig ausgefüllt sein, da wir sonst keine Konformitätserklärung erstellen können.

Vom MASK-Team auzufüllen:

Eingang: Ausgang:	Handorthese: O S O M O L O XL Fußorthese: O S O M O L O XL Aufwandspauschale: O Versand O Preis:_____

MASK-Anaplastologen GmbH
Olpener Str. 582
51109 Köln
IK 590 519 415
HRB Nr. 39753 AG Leipzig

Geschäftsführer:
Meike Anders & Steffen Krämer
USt-ID-Nr. DE349218419
St. Nr.:232/114/10965
Gerichtsstand Leipzig

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker-
und Ärztebank eG
BIC: DAAEDEDDXXX
IBAN: DE48 3006 0601 0027 4716 34

Leipzig: 0341 4624720
leipzig@mask-anaplastologen.de
Köln: 0221 9226427
koeln@mask-anaplastologen.de
www.mask-anaplastologen.de