

Bestellformular Pflegehilfsmittel



Vorname, Nachname _____

Geburtsdatum _____

Pflegepaket 1	Saugende Bettschutzeinlage (Einmalgebrauch) Händedesinfektionsmittel (500 ml) Einmalhandschuhe (Größe bitte ankreuzen) <input type="radio"/> Größe S <input type="radio"/> Größe M <input type="radio"/> Größe L	30 Stück 1 Stück 200 Stück	
----------------------	---	----------------------------------	--

Pflegepaket 2	Saugende Bettschutzeinlage (Einmalgebrauch)	90 Stück	
----------------------	---	----------	--

Pflegepaket 3	Saugende Bettschutzeinlage (Einmalgebrauch) Händedesinfektionsmittel (500 ml)	60 Stück 1 Stück	
----------------------	--	---------------------	--

Pflegepaket 4	Händedesinfektionsmittel (500 ml) Flächendesinfektionsmittel (500ml) Einmalhandschuhe (Größe bitte ankreuzen) <input type="radio"/> Größe S <input type="radio"/> Größe M <input type="radio"/> Größe L	1 Stück 1 Stück 200 Stück	
----------------------	--	---------------------------------	--

Pflegepaket 5	Händedesinfektionsmittel (500 ml) Flächendesinfektionsmittel (500ml)	3 Stück 2 Stück	
----------------------	---	--------------------	--

Pflegepaket 6	Saugende Bettschutzeinlage (Einmalgebrauch) Händedesinfektionsmittel (500 ml) Flächendesinfektionsmittel (500ml) Einmalhandschuhe (Größe bitte ankreuzen) <input type="radio"/> Größe S <input type="radio"/> Größe M <input type="radio"/> Größe L	30 Stück 1 Stück 1 Stück 100 Stück	
----------------------	---	---	--

Bitte kreuzen Sie **ein** Pflegepaket ihrer Wahl an

Alternative Lieferadresse: _____

- Lieferzyklus
- monatliche Belieferung
 - persönliche Abholung im AS medi-team GmbH

Datum, Ort

Unterschrift Patient