

VAKUFORM PRO SITZKISSEN ANATOMISCH



Bestellung

Kostenvoranschlag

Rückrufwunsch

Seite 1 von 2

Kunde

Kommission

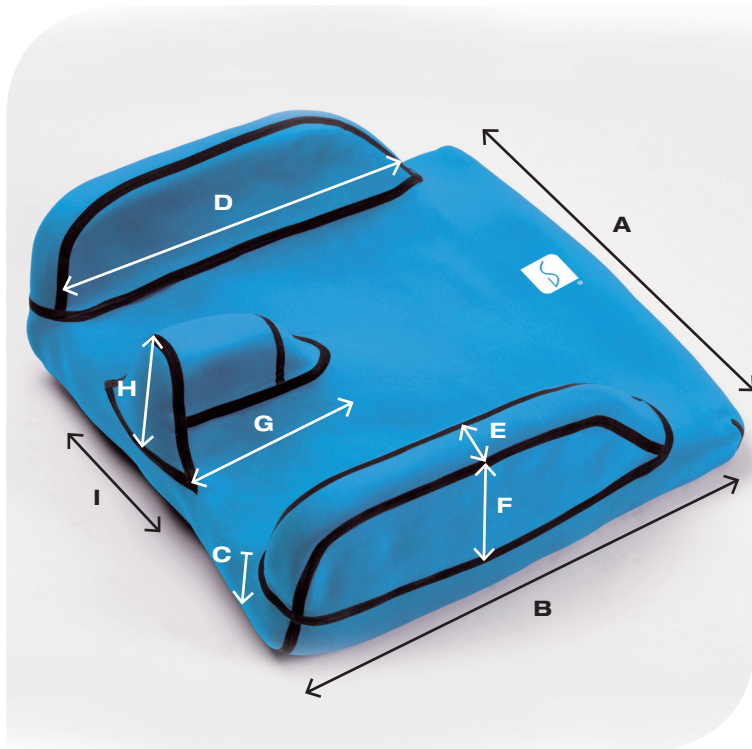
Ansprechpartner

Telefon

E-Mail

Fax

Maße



A Sitzbreite cm

B Sitztiefe cm

C Polsterdicke cm

D Länge laterale Führung cm

E Dicke laterale Führung cm

F Höhe laterale Führung cm

G Tiefe Abduktion cm

H Höhe Abduktion cm

I Breite Abduktion cm

VAKUFORM GmbH, Weiterstädter Landstr. 13, D 64291 Darmstadt
Telefon +49 (0) 6151 9183510, kontakt@vakuform-reha.de, vakuform-reha.de

FAX +49 (0) 6151 9183620

VAKUFORM®



Ausführung

- Bestellnummer: 11100
Sitzkissen anatomisch

Zubehör

- Bestellnummer: 31000
Doppelfunktions-Elektropumpe LM03
- Bestellnummer: 31200
Systemüberwachung VM300

Bezug Standard

- Schwarz



Bezüge Sonderfarben/Muster (Aufpreis auf Anfrage)

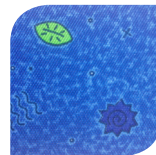
- Rot



- Rot mit Muster



- Blau mit Muster



- Blau



Ort, Datum

Stempel, Unterschrift