

# VAKUCOON FÜR MULTIFUNKTIONSROLLSTÜHLE



Bestellung

Kostenvoranschlag

Rückrufwunsch

Seite 1 von 2

Kunde

Kommission

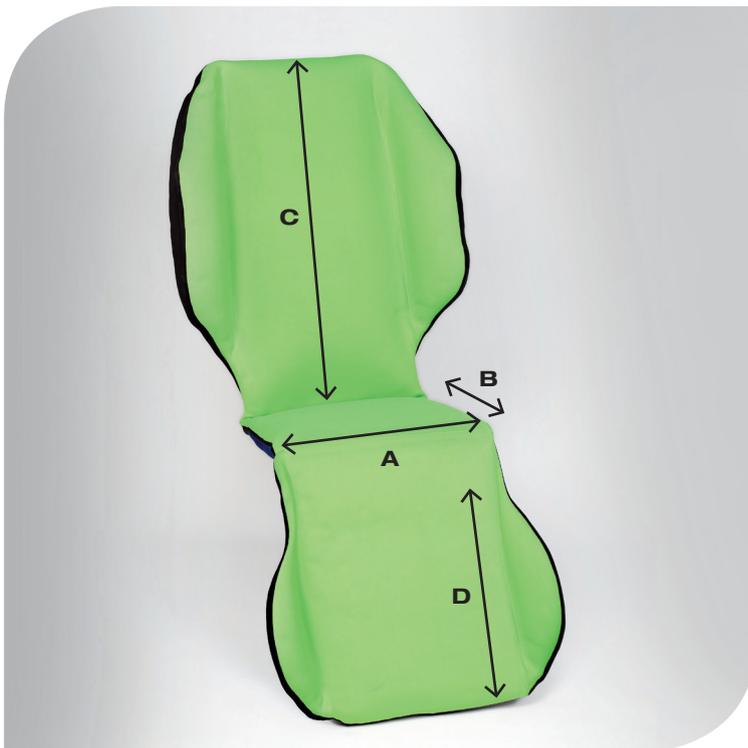
Ansprechpartner

Telefon

E-Mail

Fax

## Maße



**A** Sitzbreite cm

**B** Sitztiefe cm

**C** Scheitelhöhe cm

**D** Wadenlänge cm

Rollstuhlbreite cm

Rollstuhltiefe cm

VAKUFORM GmbH, Weiterstädter Landstr. 13, D 64291 Darmstadt  
Telefon +49 (0) 6151 9183610, kontakt@vakuform-reha.de, [vakuform-reha.de](http://vakuform-reha.de)

**FAX +49 (0) 6151 9183620**

**VAKUFORM®**



## Ausführung

- Bestellnummer: 13350  
Ganzkörperlagerung, einteilig
- Bestellnummer: 13300  
Sitz + Rücken, einteilig
- Bestellnummer: 13xxx  
Sitz + Wade, einteilig
- Bestellnummer: 13011  
Rücken
- Bestellnummer: 13001  
Sitz

## Zubehör

- Bestellnummer: 31000  
Doppelfunktions-Elektropumpe LM03
- Bestellnummer: 31200  
Systemüberwachung VM300
- Bestellnummer 11600:**  
**Conform Luftkammerkissen**
- Bestellnummer 11610:**  
**Weichschaumauflage mit Inkobezug**

## Bezug Standard

- Schwarz



## Bezüge Sonderfarben/Muster (Aufpreis auf Anfrage)

- Rot
- Rot mit Muster
- Blau mit Muster
- Blau



Ort, Datum

Stempel, Unterschrift