

Pharmatextil Kft  
1116 Budapest, Fonyód u. 2.

Tel / Fax: +36-1-208-0195

**MÉRETLAP**  
A MÉRETRE KÉSZÍTETT KOMPRESSZIÓS KESZTYŰ  
MEGRENDELÉSÉHEZ

A harisnyát igénylő neve: .....

Címe: ..... Tel: .....

A megrendelő patika neve: .....

Címe: ..... Tel: .....

 A termék neve:  Elastomed /  Elastobar

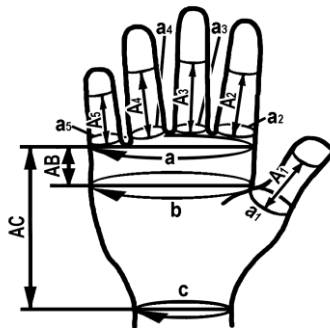
 A termék jele:  AC0 kesztyű ujj nélkül /  AC1 kesztyű egy ujjal /  
 AC5 kesztyű öt ujjal

Kompresszióosztály: bal: ..... jobb: .....

Rendelt mennyiség: ..... darab

**Kerületmérétek  
cm-ben**

c	
b	
a	
a1	
a2	
a3	
a4	
a5	


**Hosszmérétek  
cm-ben**

AC	
AB	
A1	
A2	
A3	
A4	
A5	

Csak a szükséges adatokat kell megadni!

.....

dátum

.....

méretfelvevő

A méretlapot az erre kijelölt gyógyszertárakban vagy gyógyászati segédeszközöket árusító boltokban kell leadni.