

Бланк заказа

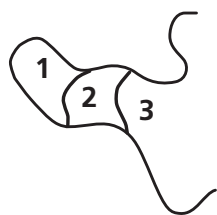


A Dreve Company

FotoTec® Biopor AB®

	Левый	Правый
Форма	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Цвет	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Поверхность	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Трубочка	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Размеры трубочки	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Вентиляция	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Диаметр [мм]	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Дополнительные услуги	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

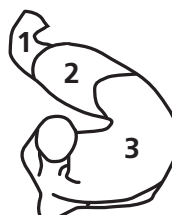
Длина слухового прохода (Пожалуйста, отметьте)



как слепок / скан.файл

Л	П
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Длина хеликса (Пожалуйста, отметьте)



как слепок / скан.файл

Л	П
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Индивидуальные особенности клиента (аллергия, бородавки, родинки и т.д.)

Слуховые аппараты с микротрубочкой или внешним ресивером (Модель слухового аппарата)

Ф.И.О. клиента (Индивидуальный ушной вкладыш изготовлен для данного клиента и может быть использован только им)

Наименование организации заказчика

Заполняется только лабораторией

Дата

Печать

Порядковый номер