

Lieferbestätigung

Versicherter:	
VSNR:	
Angehöriger:	
VSNR:	

Verordnungsdatum:	
Verordnender Arzt:	
Diagnose:	
Zustelladresse:	
Telefon:	
Kontaktperson:	
<hr style="border-top: 1px dashed #000;"/>	
Rollstuhltype:	
Inventarnummer:	
Gewicht:	
Größe:	
Sitzbreite:	

Anmerkung:	
------------	--

Preis ohne MWST.:	
-------------------	--

Freundliche Grüße
Österreichische Gesundheitskasse