



WOIKOSKI
MEDICAL

TILAUSLOMAKE

Potilaan nimi _____

Hoitava yksikkö / Yht. hlön nimi ja puh. _____

Henkilötunnus _____

Puh. _____

Katuosoite _____

Ensimmäinen toivottu toimituspäivä _____

Postinumero _____

Postitoimipaikka _____

Omakotitalo/rivitalo

Portaat, askelmia n. _____ kpl

Ovikoodi _____

Kerrostalo / kerros _____

Hissi

NESTEMÄISEN HAPEN JÄRJESTELMÄT

Päivavuokra 1 kk vuokrasopimus 3 kk vuokrasopimus

Asiakas tarvitsee ohjauksen



Liberator
10 I SF
(P291010)



Liberator
20 I DF
(P291020)



Liberator
45 I DF
(P291046)



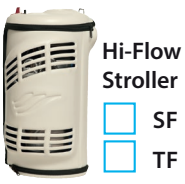
Helios
U36
(P291036)



Helios
300
(P291005)



Helios
850 TF



Hi-Flow
Stroller

SF
 TF



Stroller
1200

SF
 TF



Spirit

1200 SF 1200 TF
 600 SF 600 TF
 300 SF 300 TF

HAPPIPULLOT

Päivavuokra 3 kk vuokrasopimus



Turvapullo
(sis. virtaussäätimen)

2 l 5 l 10 l



Komposiitti-turvapullo
(sis. virtaussäätimen)

2 l 7 l

Noutaa itse _____ jälleenmyyntipisteeltä.

Muuta _____

Tilauslomake ja resepti faksataan tai postitetaan Woikoski Medicalille:

Oy Woikoski Ab/Medical, PL 1, 04020 Woikoski.

Puh. asiakaspalvelu 045 788 15403, faksi 020 605 1812, sähköposti kotihappihoito@woikoski.fi

Allekirjoitus _____

Lupa tietojen säilyttämiseen Oy Woikoski Ab:n järjestelmässä.

Tilausvahvistus sähköpostiin:

Resepti faxattu suoraan Kelaan:
nro: 020 634 1599

