

Asiakkaan nimi \_\_\_\_\_

Henkilötunnus \_\_\_\_\_ Puhelinnumero \_\_\_\_\_

Sähköpostiosoite \_\_\_\_\_

Katuosoite \_\_\_\_\_

Postinumero ja toimipaikka \_\_\_\_\_

Ovikoodi \_\_\_\_\_

Hoitava yksikkö / Yhteyshenkilön nimi ja puh. \_\_\_\_\_

Ensimmäinen toivottu toimituspäivä \_\_\_\_\_

## ASIAKKAAN LÄHIOMAISEN TIEDOT:

Nimi \_\_\_\_\_ Puhelinnumero \_\_\_\_\_

Sähköpostiosoite \_\_\_\_\_

Huoltajan henkilötunnus (täytetään jos asiakas on alle 18-vuotias) \_\_\_\_\_

## LÄÄKEHAPPIPULLOT

1 kk:n vuokrasopimus  3 kk:n vuokrasopimus



**Turvapullo**  
(sis. virtaussäätimen)

2 L pullo \_\_\_\_\_ kpl

5 L pullo \_\_\_\_\_ kpl

10 L pullo \_\_\_\_\_ kpl

20 L pullo \_\_\_\_\_ kpl



**Komposiittiturvapullo**  
(sis. virtaussäätimen)

2 L pullo \_\_\_\_\_ kpl

3 L pullo \_\_\_\_\_ kpl

7 L pullo \_\_\_\_\_ kpl

## TILAUSOHJE

Haluan tilausvahvistuksen sähköpostiini

Tilauslomake ja lääkemääräys SV1 toimitetaan Woikoski Medicalille sähköpostilla tai faksilla. Huomioitahan, että sähköinen resepti ei käy.

Lisätietoa \_\_\_\_\_

Asiakkaan allekirjoitus \_\_\_\_\_