

Бланк заказа

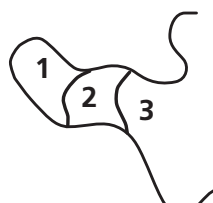


A Dreve Company

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)

	Л	П
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

как слепок / скан.файл

Длина хеликса (Пожалуйста, отметьте)

	Л	П
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

как слепок / скан.файл

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