



WOIKOSKI
MEDICAL

TILAUSLOMAKE

Asiakkaan nimi _____

Hoitava yksikkö / Yht. hlön nimi ja puh. _____

Henkilötunnus _____

Puh. _____

Katuosoite _____

Huoltajan henkilötunnus (jos asiakas alaikäinen) _____

Postinumero _____

Postitoimipaikka _____

Ensimmäinen toivottu toimituspäivä _____

Omakotitalo/rivitalo

Hissi

Kerrostalo / kerros _____

Portaat, askelmia _____ kpl

Ovikoodi _____

NESTEMÄISEN HAPEN JÄRJESTELMÄT

Asiakas tarvitsee ohjauksen



Liberator
10 I SF



Liberator
20 I DF



Liberator
45 I DF



Helios
U36



Helios
300



Helios
850 TF



Hi-Flow
Stroller

SF

TF



Stroller
1200

SF

TF



Spirit

1200 SF

600 SF

300 SF

1200 TF

600 TF

300 TF

LÄÄKEHAPPIPULLOT

1 kk vuokrasopimus

3 kk vuokrasopimus



Turvapullo
(sis. virtaussäätimen)

2 l

5 l

10 l

20 l



Komposiitti-turvapullo
(sis. virtaussäätimen)

2 l

7 l

Noutaa itse _____ jälleenmyyntipisteeltä.

Muuta _____

Tilauslomake ja resepti faksataan tai postitetaan Woikoski Medicalille:

Tilausvahvistus sähköpostiin:

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.

