

## FORMULARZ ZAMÓWIENIA 2015

**WOZEK SPACEROWY**

Nieprawidłowe wypełnienie formularza może spowodować wysyłkę niewłaściwego produktu lub opóźnienia w dostawie.

Prosimy przelać zamówienie faksem:

Fax : **+(48) 42 209 35 23**

Telefon: **+(+48) 42 209 36 67**

**Sunrise Medical Poland Sp.z o.o.**

ul. Elektronowa 6, 94-103 Łódź

[www.sunrise-medical.pl](http://www.sunrise-medical.pl)



Faktura:

Imię i nazwisko:

Ulica:

Miasto:

Kod pocztowy:

Kraj:

Telefon:

Fax:

Dostawa do:

Imię i nazwisko:

Ulica:

Miasto:

Kod pocztowy:

Kraj:

Telefon:

Fax:

Data zamówienia:

Nr zamówienia (prosimy powtórzyć na każdej stronie):

Zaznaczono:

**Standardowe wyposażenie**

- aluminium o dużej wytrzymałości
- dwie pozycje odchylenia oparcia
- regulowane podnóżki
- oddychająca tapicerka, łatwa do czyszczenia
- dostępny w 3 rozmiarach

A21

zł

szt.

Max. waga użytkownika: 25 kg

A22

zł

szt.

Max. waga użytkownika: 30 kg

A23

zł

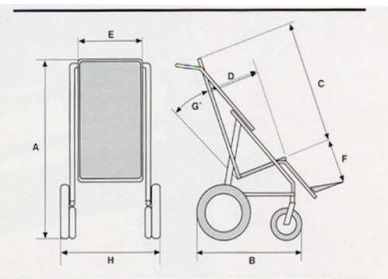
szt.

Max. waga użytkownika: 40 kg

**Nest Pushchairs**

Ref	A 21	A 22	A 23
A	92	102	102
B	61	65	65
C	60	64	71
D	29	34	38
E	32	35,5	40
F	min. 30 max. 45	min. 29 max. 42	min. 27 max. 43
G	90° y 110°	90°/110°	90°/110°
H	52	60	63
Kg.	10	12	14

Measures in cm. Tolerance ± 2 cm.

**OPCJE I DOSTĘPNE AKCESORIA****KLIN ODWODZĄCY**

A32

zł

szt.

**SYSTEM WSPARCIA GŁOWY I PLECÓW (PARA)**

A30/C

WSPARCIE GŁOWY

zł

szt.

A30/L

WSPARCIE PLECÓW

zł

szt.

**STOLIK**

A31/21,22 OR 23

zł

szt.

**TYLNA TORBA**

A33

zł

szt.

**POKROWIEC OCHRONNY**

A34

zł

szt.