

Attitude


Sunrise Medical GmbH

Kahlbachring 2-4
 D-69254 Malsch/HD
 Tel.: +49 (0) 72 53 / 9 80-0
 Fax: +49 (0) 72 53 / 9 80-222
 E-Mail: kundenservice@sunrisemedical.de
 www.SunriseMedical.de

ERPROBUNGSBELEG

Nutzerdaten		Kostenträger	
KD.-Nr.			
Name:			
Straße:			
PLZ/Ort:		Sanitätshaus	
E-Mail:			
Tel.:			
		Anfrage Nr.:	

Angaben zur Erprobung						
Nutzer:						
Probefahrt	Ja	Nein	Geeignet	Ja	Nein	
Bemerkung						

Angaben zum Rollstuhl										
Geeignet	Ja	Nein	Neuvers. erforderl.	Ja	Nein	Hersteller				
Typ			Radgröße	Zoll	Sitzbreite	mm	Sitzhöhe	mm	Radposition	
Bemerkung										

Erprobung am		durch Mitarbeiter			Ansprechpartner für Rückfragen		

Nutzer / Vertreter		Mitarbeiter / Fachhandel	
Datum	Unterschrift	Datum	Unterschrift