

Auftragsbestätigung Orthopädische Hilfsmittel (Schuhe)

Betrifft:

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ / Ort: _____

AHV-Nummer: _____

Hilfsmittel:

- Orthopädische Massschuhe
- Orthopädische Serienschuhe
- Orthopädische Spezialschuhe (Stabilschuhe, Orthesenschuhe,....)
- Orthopädische Schuhzurichtung

Mit dem erfassten Auftrag erkläre ich mich einverstanden und bestätige die Notwendigkeit des bestellten Hilfsmittels

Datum_____
Unterschrift Kunde oder Vertretung