

לכבוד:

כללית מושלם- המחלקה לאביזרים רפואיים

באמצעות מ.ד.ס פארם

טלפון: 1700-505-508

פקס: 03-5488699

מייל: mail@mdspharm.co.il

תאריך: _____



אנו מבקשים לספק למבוטח כללית מושלם פרפקט טנס (Perfect tens) מכשיר להקלה על כאבים .

בהשתתפות עצמית בסך 164 ₪

*נא לסמן בעיגול את המוצר המתאים.

פרטי המבוטח:

שם פרטי + משפחה:

מספר ת.ז.:

כתובת:

טלפון בבית:

טלפון נייד:

בברכה,

שם המפנה

חתימה וחותמת ברורה

הפנייה שלא תכיל את מלוא המידע הנ"ל לא תאושר