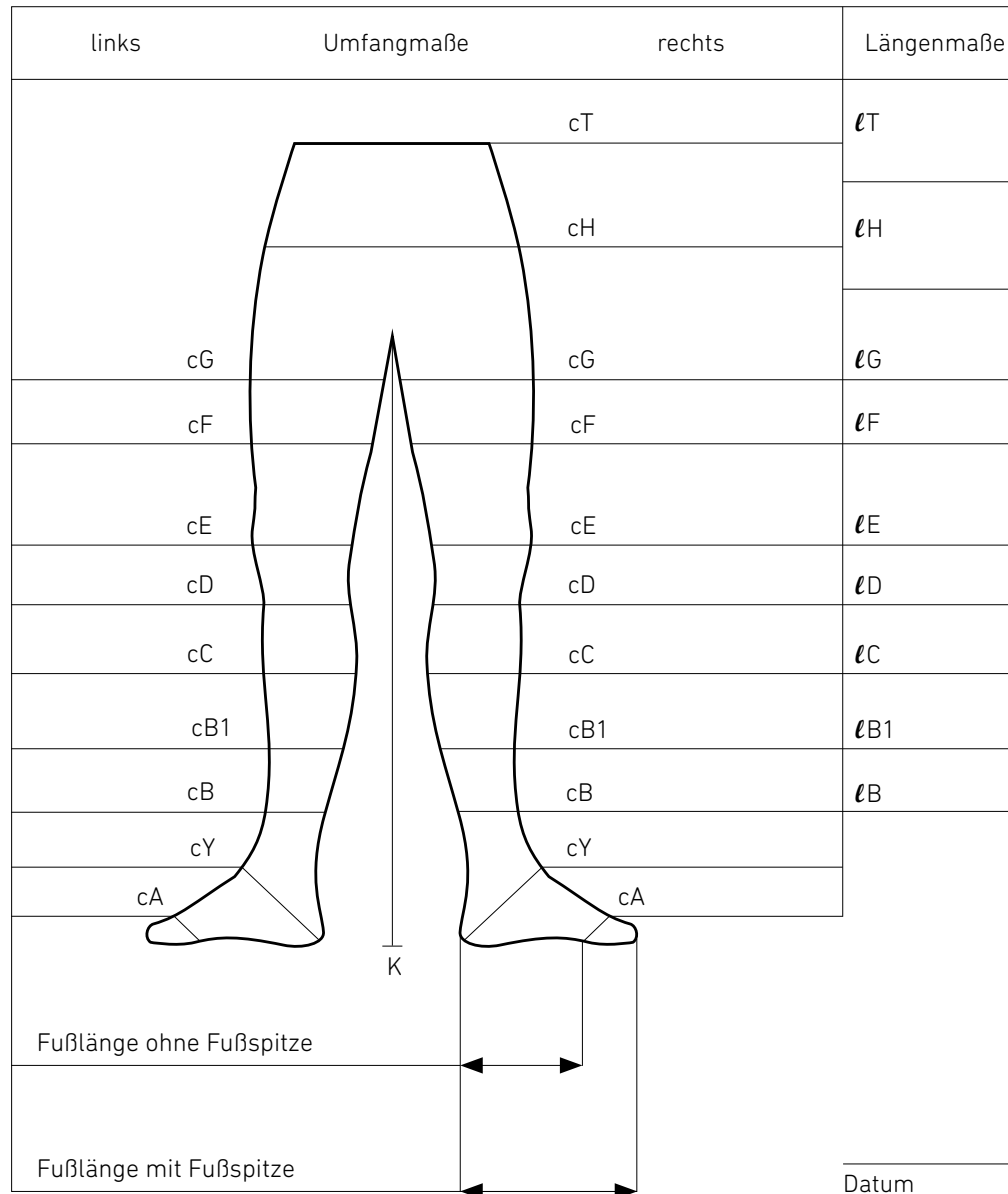


VenoTrain®	micro	soft	soft S	look	business	impuls	clinic
Ccl 1						<input checked="" type="checkbox"/>	
Ccl 2							
Ccl 3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
AD							
AF		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
AG		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
AGHB (rechts)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
AGHB (links)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
AT				<input checked="" type="checkbox"/>			
ATU		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
ATH (ohne Eingriff)	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			
ATX							
ATE							
Noppe (3 cm, nur AD)							
Noppe							nur AG
Noppe gem.							
Mikronoppe (nur AG)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Spitze	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Spitze Sensitiv		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

Farbe: _____
(Bitte unbedingt angeben!)

Fußspitze	offen						
offen				<input checked="" type="checkbox"/>			
geschlossen							



Kundennummer: _____

Bestell-Nr.: _____

Name: _____

Vorname: _____

Letzte Auftrags-Nr.: _____

Stück Paar

Leibteilhöhe (cG – cT) in cm:
 vorn: _____ hinten: _____

Alle Angaben in cm. Für falsche Maßangaben haftet der Besteller. Maßanfertigungen sind von Umtausch und Gutschrift ausgeschlossen.

Bemerkungen: _____

(Bitte vollständig und lesbar ausfüllen.)

Datum _____ Stempel/Unterschrift _____