

Klagenfurt, am

Lieferbestätigung

Versicherter:

VSNR:

Angehöriger:

VSNR:

Verordnungsdatum:

Verordnender Arzt:

Diagnose:

Zustelladresse:

Telefon:

Kontaktperson:

Rollstuhltype:

Inventarnummer:

Gewicht:

Größe:

Sitzbreite:

Anmerkung:

Preis ohne MWST.:

Freundliche Grüße
Kärntner Gebietskrankenkasse