



Nouvelle ordonnance
 Ordonnance renouvelable

Livraison urgente normale pour 1 2 3 6 mois

Adresse de facturation

Nom		Prénom		M. / Mme	
Rue		Lieu		Code postal	
Téléphone		E-mail			

Adresse de livraison, si différente

Nom		Prénom		M. / Mme	
Rue		Lieu		Code postal	

Assurance maladie
 Assurance accident
 AI
 |
 Maladie
 Accident

Nom		N° d'assuré		Date de naissance	
-----	--	-------------	--	-------------------	--

Diagnostic	Degré d'incontinence	Thérapie
	<input type="checkbox"/> Incontinence moyenne	<input type="checkbox"/> SIP
	<input type="checkbox"/> Incontinence grave	<input type="checkbox"/> Irrigation transanale
	<input type="checkbox"/> Incontinence totale	<input type="checkbox"/> _____

Produit / Numéro d'article	Quantité	Remarques

Personne de contact en cas de questions

Nom		Téléphone	
-----	--	-----------	--

Lieu _____ Date _____ Signature / Timbre _____