

Bestellformular für Verbrauchsmaterialien/Serviceanforderung

Klinikname: _____

Klinikabteilung / Station _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Ansprechpartner: _____

Stellv. Ansprechpartner: _____

Telefon / Fax: _____







E-Mail: _____

Gewünschter Liefertermin: _____

Lieferanschrift: _____

Rechnungsanschrift: _____

Bitte faxen an:
 KOM MED GmbH
 Benzstraße 4, 61200 Wölfersheim
FAX: 0 60 36 – 98 48 10
Hiermit bestellen wir:

Bezeichnung	Für CSM M3	Art.-Nr.	Menge
Procedure-Pack		DMX005	_____
Sensoren		DMX001	_____
Hautvorbereitungs-Set		DMX002	_____
Patientenkabel		CSMX06	_____
Nadelelektroden			
Patientenkabel für Nadelelektroden mit Steckanschluß			
Kabel-Clip		DMX007	_____
Batteriedeckel für CSM M3		CSMUK	_____
Gebrauchsanweisung CSM M3		CSM Mxx	
Serviceanleitung CSM M3		CSM X10	
CSM Akku		CSMX04	_____
Folgeeinweisung			_____
Software Update			_____
Sicherheitstechnische Kontrolle			_____
Wartungspauschale			_____
Reparaturkostenpauschale			_____