ל**כבוד:
כללית מושלם- המחלקה לאביזרים רפואיים**

**באמצעות מ.ד.ס פארם**

**טלפון: 1700-505-508**

**פקס: 03-5488699**

**מייל:** **info@mdspharm.co.il**

תאריך:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**אנו מבקשים לספק למבוטח כללית מושלם את המוצרים הבאים:**

* **Perfect Tens –** טנס סנסורי.בעל 2 ערוצים,8 תוכניות מובנות ויכולת לשינוי
 פרמטרים. בהשתתפות עצמית בסך 164 ₪

 **○ פרימה טנס –** טנס אנלוגי בהשתתפות עצמית של 114 ₪

\*נא לסמן בעיגול את המוצר המתאים.

פרטי המבוטח:

**שם פרטי + משפחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**מספר ת.ז : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**כתובת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**טלפון בבית: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**טלפון נייד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 בברכה, צ

 שם המפנה

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חתימה וחותמת ברורה

**הפנייה שלא תכיל את מלוא המידע הנ"ל לא תאושר**