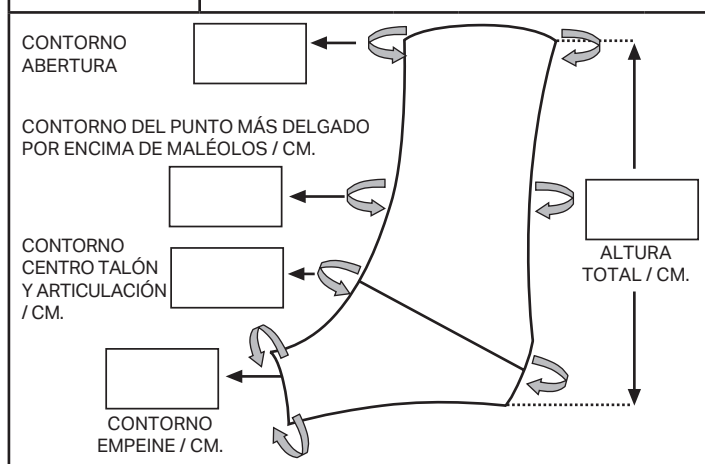
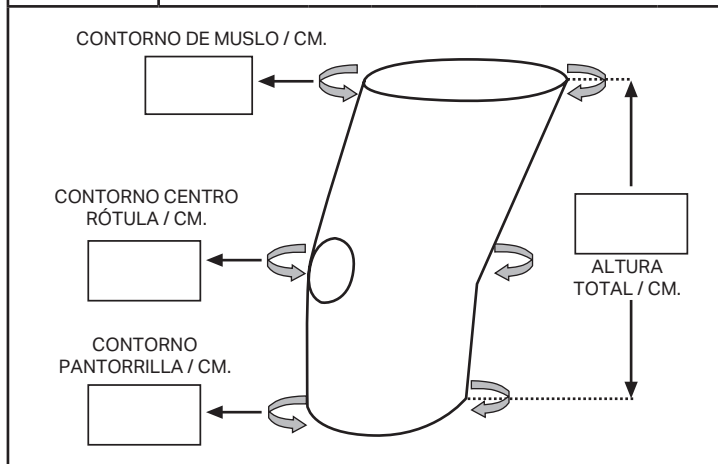


ORDEN DE FABRICACIÓN ESPECIAL DE RODILLERAS Y TOBILLERAS ADAPTADAS

CLIENTE/ORTOPEDIA		DOMICILIO	
POBLACIÓN		PROVINCIA	
PACIENTE		PERSONA DE CONTACTO	
FECHA DE PETICIÓN		DOCTOR	
CENTRO DISPENSADOR			
TELÉFONO	FAX	SU REFERENCIA/ORDEN	EXPEDIENTE N°

RODILLERAS			
MODELO	THERMO-MED* <input type="checkbox"/>	3-TEX* <input type="checkbox"/>	
(1) REFERENCIA (2) TALLA	(1)	(2)	
COLOR	AZUL <input type="checkbox"/>	BEIGE <input type="checkbox"/>	NEGRO <input type="checkbox"/>
RÓTULA	ABIERTA <input type="checkbox"/>	CERRADA <input type="checkbox"/>	COMPLETA <input type="checkbox"/>
DETALLES ESPECIALES (Indicar cuales)			

TOBILLERAS			
MODELO	THERMO-MED* <input type="checkbox"/>	3-TEX* <input type="checkbox"/>	
(1) REFERENCIA (2) TALLA	(1)	(2)	
COLOUR	AZUL <input type="checkbox"/>	BEIGE <input type="checkbox"/>	
DETALLES ESPECIALES (Indicar cuales)			



ORLIMAN S.L.U.

C/ Ausias March, 3 - Pol. Ind. La Pobla-L'Eliaana · Apdo. de correos 49
 C.P.: 46185 - La Pobla de Vallbona Valencia - España (Spain)
 Tel.: +34 96 272 57 04 - Fax: +34 96 275 87 00 - Tel. Exportación: +34 96 274 23 33
 E-mail: orto@orliman.com · Export mail: export@orliman.com - www.orliman.com

Las medidas y datos indicados en la presente orden, son de la exclusiva responsabilidad del solicitante.
 ORLIMAN, S.L. declina toda responsabilidad derivada de las medidas o datos erróneos facilitados.

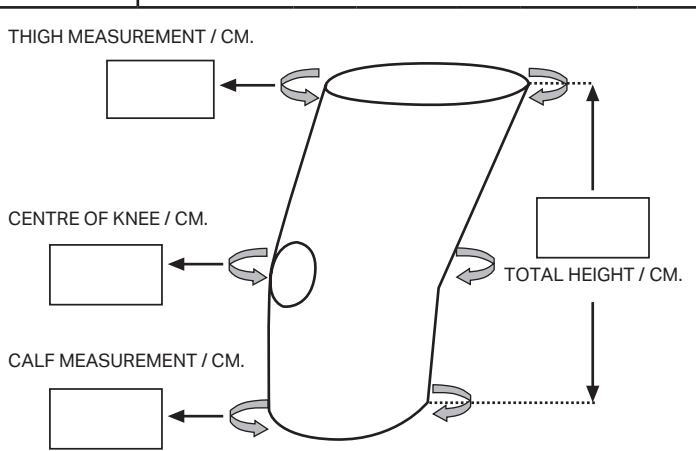
FIRMA Y SELLO:

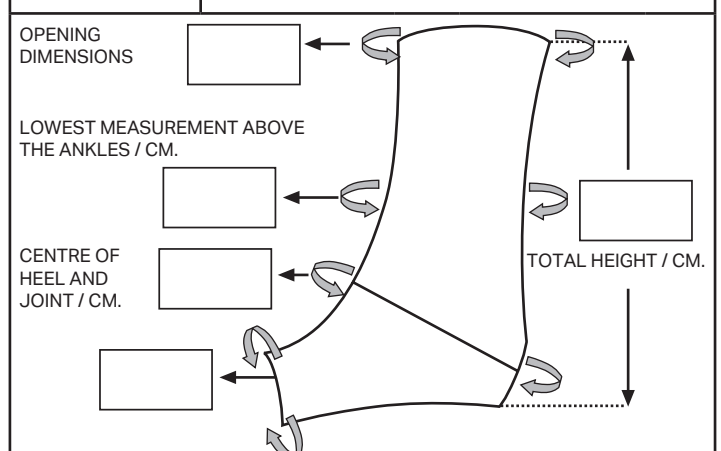
NOTA: Si tiene alguna duda en la toma de medidas, llámenos y consútenos.

SPECIAL MANUFACTURING ORDER KNEE AND ANKLE SUPPORTS

CUSTOMER/ORTHOPAEDIC SURGERY		ADDRESS	
TOWN		PROVINCE	
PATIENT		CONTACT	
REQUEST DATE		DOCTOR	
DISPENSING CENTRE			
TELEPHONE NO	FAX NO	YOUR REFERENCE / ORDER	FILE NO

Comments:

KNEE SUPPORTS			
MODEL	THERMO-MED® <input type="checkbox"/>	3-TEX® <input type="checkbox"/>	
(1) REFERENCE (2) SIZE	(1)	(2)	
COLOUR	BLUE <input type="checkbox"/>	BEIGE <input type="checkbox"/>	BLACK <input type="checkbox"/>
KNEE	OPEN <input type="checkbox"/>	CLOSED <input type="checkbox"/>	COMPLETE <input type="checkbox"/>
SPECIAL REQUERIMENTS (Specify)			
			

ANKLE SUPPORTS		
MODEL	THERMO-MED® <input type="checkbox"/>	3-TEX® <input type="checkbox"/>
(1) REFERENCE (2) SIZE	(1)	(2)
COLOUR	BLUE <input type="checkbox"/>	BEIGE <input type="checkbox"/>
SPECIAL REQUERIMENTS (Specify)		
		

ORLIMAN S.L.U.
 C/ Ausias March, 3 - Pol. Ind. La Pobla-L'Eliaana · Apdo. de correos 49
 C.P.: 46185 - La Pobla de Vallbona Valencia - España (Spain)
 Tel.: +34 96 272 57 04 - Fax: +34 96 275 87 00 - Tel. Exportación: +34 96 274 23 33
 E-mail: orto@orliman.com · Export mail: export@orliman.com - www.orliman.com

SIGNATURE AND STAMP:

The measurements and details included in this order are the sole responsibility of the applicant.
 Orliman, SL assumes no liability for incorrect measurements or details provided.

NOTE: If you are in any doubt about the measurements, call us and ask.