

Maßblatt Kopfschutzhelm

 Angebot Bestellung

Datum: _____

Kundendaten:

Kommission (Name, Vorname): _____

ggf. Einrichtung: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ Erstversorgung

 Folgeversorgung

Kopfschutzhelm Leder

 mit Streifen (99.17.01.1001) geschlossen (99.17.01.0001)

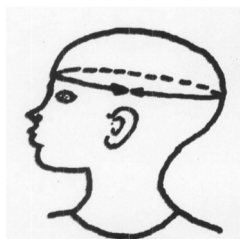
Zusätze

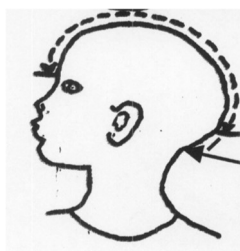
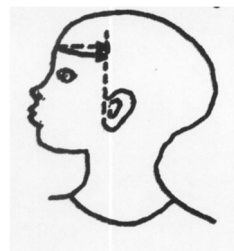
- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> vorstehende Stirnwulst
_____ cm | <input type="checkbox"/> Ohrenschutz offen | <input type="checkbox"/> Gurt-Clipverschluss |
| <input type="checkbox"/> Brillenschutz | <input type="checkbox"/> Ohrenschutz geschlossen | <input type="checkbox"/> Magnetverschluss |
| <input type="checkbox"/> Verstärkung Hinterkopf | <input type="checkbox"/> Wangenschutz | <input type="checkbox"/> Lederriemen mit Schnalle |
| <input type="checkbox"/> Verstärkung Seitenstreifen | <input type="checkbox"/> Gesichtsvisioner (nur in
Verbindung mit Ohrenschutz) | <input type="checkbox"/> Lederriemen mit Klett |
| <input type="checkbox"/> Verstärkung mit Resur: | <input type="checkbox"/> Wachstumszugabe | <input type="checkbox"/> Gurtband seitlich |
| | | <input type="checkbox"/> Gurtband hinten |
| | | <input type="checkbox"/> Perforation hinten |
| | | <input type="checkbox"/> Perforation Streifen |

 Weitere Zusätze nach Absprache: _____

Farbe: _____

Maße


Maß A:
 Kopfumfang
 _____ cm

Maß C:
 Über den Kopf, Ohrspitze
 bis Ohrspitze
 _____ cm

Maß B:
 Über den Kopf, Augenbraue
 bis Helmende
 _____ cm
 Hinterhaupthöcker
 Helmende

Maß D:
 Über die Stirn von Ohr bis
 Ohr
 _____ cm

Maß E:
 Ohrhöhe: _____ cm
 Ohrbreite: _____ cm

Unterschrift: _____

kopfschutzhelme@sanitaetshaus-rosenhaeger.de