

СУПІНАТОРИ ОРТОПЕДИЧНІ

Дата _____

1. П.І.Б. замовника

ВП-1

2. Адреса замовника

ВП-2

3. Тел. _____

ВП-3

4. Тип виробу _____

ВП-4

5. Особливі примітки

6. Розмір стопи _____

ВП-5

7. Термін виконання

8. Рекомендовано
контроль _____

ВП-6

9. Стать

ВП-7

жіноча

чоловіча

10. Вік _____

ВП-8

11. Вага _____

12. Лікар-консультант

ВП-9

