

HOITOTARVIKETILAUS

Yksikön nimi / Paikkakunta: _____

Kiireellinen ☐

Tilaajan nimi: _____

Puh: _____

Tilauspvm: _____

Asiakkaan nimi ja syntymävuosi	REF-numero	Tuotteen nimi ja merkki	Koko	Tarve (määrä/vko tai kk)	Lisätietoja (käyttötarkoitus, vaihtoväli tms)

Tilauksen käsittelijä / pvm: _____

Asiakkaan nimi ja syntymävuosi	REF-numero	Tuotteen nimi ja merkki	Koko	Tarve (määrä/vko tai kk)	Lisätietoja (käyttötarkoitus, vaihtoväli tms)

Tilauksen käsittelijä / pvm: _____

hoitotarvikepalvelu@sata.fi, ammattilaisten puhelinkonsultaatiot p. 044 456 2000 (ei tilauksia)