



Omnipod® Fax-Bestellformular: 0800 56 26 91

Kundenname und Anschrift:	
Lieferanschrift:	
Telefon:	
Mail:	

Wir bestellen hiermit für einen Patienten, der an dem Omnipod®-System interessiert ist (30-tägiges Rückgaberecht):

10er Packungen **Omnipod® Pod 19191**, bitte Anzahl angeben _____

die entsprechende Anzahl Entsorgungsboxen (gratis)

Personal Diabetes Manager (PDM), bitte Anzahl angeben

____ mmol/L, Art.-Nr.: 18900-6F (deutsch) ____ mg/dL, Art.-Nr.: 18900-5E (deutsch)

____ mmol/L, Art.-Nr.: 18900-6G (französisch) ____ mmol/L, Art.-Nr.: 18900-6L (italienisch)

Omnipod® Starter Kit (PDM, PDM Gel Abdeckung, Tragetasche, Gebrauchsanweisung und Ladekabel; **OHNE Pod**), bitte Anzahl angeben

____ mmol/L, Art.-Nr.: 18916-6F (deutsch) ____ mg/dL, Art.-Nr.: 18916-5E (deutsch)

____ mmol/L, Art.-Nr.: 18916-6G (französisch) ____ mmol/L, Art.-Nr.: 18916-6L (italienisch)

Soll die Pumpenschulung des Patienten durch einen Insuletmitarbeiter erfolgen

Express-Lieferungen (innerhalb von 48 Stunden nach Auftragserteilung) sind nur auf Anfrage möglich (0800 – 89 76 18) und können Ihnen nach Aufwand in Rechnung gestellt werden.

Ort, Datum: Unterschrift/Stempel: