



Nome*:
Cognome*:
Codice Fiscale*:
Residente in via, n.*:
città/paese*:
CAP*:
Email*:
Cell*:

Si affida a:
Officina Ortopedica/Sanitaria*:
Sita in via, n.:
città/paese:
CAP:
Email:
Sito web:
Tel/cell:

(* richiesti)

Per l'adattamento al cliente dell'ortesi Opponent, (cerchia la scelta)

Lato:

Destro (R) Sinistro (L)

Misura:

S (37, 38, 39)

M (40, 41, 42)

L (43, 44, 45)

e successiva assistenza, fino all'approvazione del collaudo ed in ogni caso per 18 mesi dall'acquisto.

L'**Officina Ortopedica/Sanitaria** ha preso visione e accetta le condizioni concordate con VivacSo Srl (P.IVA 11419490013, C.so Castelfidardo 30/A, 10129 Torino) via PEC (diego.dolcetta1128@omceove.it).

Luogo, data:

Timbro e firma:

VivacSo Srl
P.IVA 11419490013, C.so Castelfidardo 30/A, 10129 Torino
PEC: diego.dolcetta1128@omceove.it