



Nazwisko kierującego oraz uwagi:

Imię i nazwisko pacjenta

Numer telefonu

Adres:

N° ubezpiec.

Data ur.

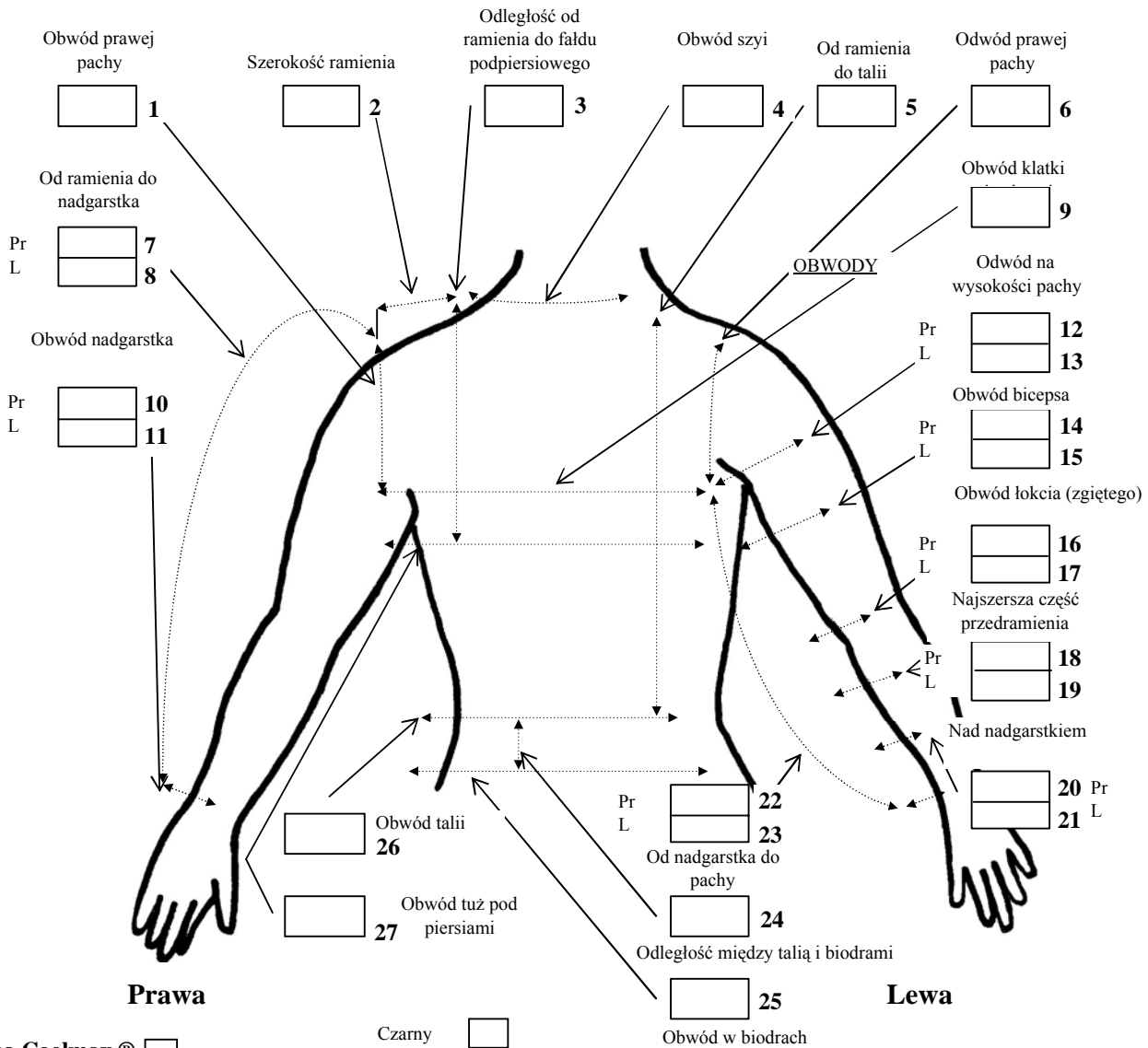
Płeć

Data pomiaru

Pomiar pobrany przez

**RODZAJ KAMIZELKI**

Rozmiar stanika: \_\_\_\_\_



Tkanina Coolmax®

Tkanina Standard

**Kolor**

Czarny

Cielisty

Niebieski