

RENDELÉSI ŰRLAP EQUIL INZULINPUMPÁHOZ ÉS SZERELÉKHEZ

Szaktanácsadó neve: _____
Pumpahasználó neve: _____
18 éven aluliak esetén a szülő neve: _____
Pumpahasználó, vagy a szülő telefonszáma: _____

Tudomásul veszem, hogy a **vényeken NEM szereplő termékek** (kiegészítők) értékét kizárólag a futárcégnek fizethetem átvételkor.

A vényeken felírt termékek:

- Kiszállítandó (Inzulinpumpa, szerelék, tartály, egyéb kiegészítő) **(a vények beérkezésétől számított 3-5 munkanap)**
 Személyesen már átvett eszközök (inzulinpumpa, vagy már kiszolgált termék)

KÉRT SZÁLLÍTÁSI DÁTUM:

A térítési díj fizetésének módja:

- A teljes összeget a futárcégnek fizetem (késspénzzel vagy bankkártyával)
 Az Egészségpénztár számlámat (pl.: Patika, Prémium, OTP, stb.) használom a fizetéshez (csak vényes terméknél lehet!)

Egészségpénztári elszámolás igénybevételéhez alábbi rovatok kitöltése kötelező!

- pumpára szerelékre (kiegészítőkre nem lehet!) mindkettőre
 Az Egészségpénztártól igénylem vissza az összeget, a számla alapján.
 Az Egészségpénztár utalja az összeget a Szolgáltató (ReplantMed Kft.) felé. Ehhez az egészségpénztári számlámon elegendő összeg van, valamint mellékelem a zárolási kérelmet (külön nyomtatvány). Enélkül nincs lehetőség EP számláról fizetni!

Egészségpénztár neve: _____

Címe: _____

Pénztártag neve: _____

Szolgáltatásra jogosult neve: _____

Tagsági azonosító: _____

Kártyaszám: _____

Alulírott kérelmező jelen rendelési űrlap aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy a Társaság a személyes adataimat az adatvédelmi tájékoztatóban foglaltak szerint, a mindenkor hatályos uniós és hazai jogszabályoknak megfelelően kezelje és amennyiben egészségpénztári zárolási kérelmet mellékelek, az abban foglalt személyes adataimat a zárolási kérelemben foglalt teljesítése érdekében, a megjelölt egészségpénztár felé elszámolásra továbbítsa. Tudomásul veszem, hogy a Társaság adatvédelmi tájékoztatója elérhető a www.replantmed.hu honlapon, továbbá kijelentem, hogy az abban foglaltakat megismertem és tudomásul vettem.

Szállítási cím (amennyiben eltér a vényeken megadott címtől):

Irányítószám, helység: _____

Utca, házsám (kaputelefon): _____

Kontaktszemély, telefonszám: _____

KÉRJÜK, FIGYELMESEN TÖLTSE KI AZ ALÁBBI TÁBLÁZATOT!

Megnevezés	Mennyiség
1001-FMTL-124, Infúziós set CE 6 mm (10db/doboz)	
1001-FMTL-071, Inzulin pumpa kit 3,5 inch mmol/L CE HUN	
1001-FMTL-065, Reservoir CE (10db/doboz)	

Dátum: _____

Aláírás: _____

Visszaküldési cím AJÁNLOTT, ELSŐBBSÉGI levélben:

ReplantMed Kft., Kelemen Katalin részére, 1116 Budapest, Nándorfejérvári út 35. A papír alapú vények első oldalát 2x és a hátoldalát is 2x kell aláírni!

Ezt a rendelési űrlapot minden rendelés esetén kérjük kitölteni és a vények mellé csatolni!

Kérjük, hogy a 3 helyen aláírt házhozszállítási kérelmet/átvételi jegyzőkönyvet szintén csatolja a vények mellé.

A rendelési űrlapot elektronikusan is kitöltheti ITT:

Amennyiben elektronikus vényei vannak, kérjük, hogy azok lehívásához hívja munkaidőben a 06 30 527-9156 telefonszámot!