

Formulaire équipement de Recommandation

Remplissez ce formulaire et faxez-le au 613-256-5872

Clinique: _____ Date: _____

Nom du patient: _____ Téléphone: _____

Adresse: _____

Condition: _____

-
- Elpha II 3000** Stimulateur du muscle et nerf
 - ELPHA II 1000 TENS**
 - ActiStim A-2100** Stimulateur musculaire trophique
 - ActiStim A-2100** Stimulateur du visage trophique
 - NeuroMove NM900** EMG Stimulateur du muscle contrôlé
 - GeniStim 330** HVPC Stimulateur galvanique
 - IF-8000** Unit de thérapie interférentiel
 - Autre _____

Comments: _____

Achat Louer

Autorisé par: _____

Recommandé par : _____

Client _____

Signature de la therapist _____

Nom en lettres moulées _____

Cette recommandation identifie un équipement de qualité nécessaire pour le traitement de cet individu. La nécessité de ce produit était déterminée par les thérapeutes et en consultation avec le client. Le client est en accord avec l'équipement recommander et il / elle l'agrèera au livraison avec sa signature.

1 copie au Thérapeute
1 copie au Biomation
1 copie à la Compagnie D'Assurance
1 copie au Client

Fournisseur: **BIOMATION**

Tel : 613-256-2821
Toll Free : 1-888-667-2324
Fax : 613-256-5872
335 Perth Street P.O. Box 156
Almonte, Ontario K0A 1A0
E-Mail: sales@biomation.com
www.biomation.com/physiotherapy