

מרשם ל- Nerivio®

שם המטופל _____ תעודת זהות _____

טלפון _____ כמות מכשירים: **12** אחר: _____

שם הרופא _____ מס' רישיון _____

חתימת הרופא _____

נשמח לעמוד לשירותכם בכל שאלה,
מוזמנים ליצור קשר ב:

www.nerivio-il.co.il

טלפון 077-3630400

054-9002099 : 

info@daphnemed.com



theranica

Nerivio®


DaphneMed