

מרשם לטיפול Nerivio® ב-

שם המטופל _____

תעודת זהות _____

טלפון _____

כמות מכשירים: **3**

6

9

12

שם הרופא _____

מספר רישיון _____

חתימת הרופא _____



מטופל/ת יקר/ה, לצורך רכישת המכשיר, הדרכה ומענה לכל שאלה, אנא צור/צרי קשר עם שירות הלקוחות שלנו שישמח לעזור ולספק את ה-Nerivio שלך

***5274**

Nerivio-cs@medison.co.il



NRI-08-01-0720

theranica

Nerivio®

MEDISON

Delivering Innovative Healthcare