



RIEDTRASSE 7 63633 BIRSTEIN
TEL.: 06054-1000 FAX: 06054-490
EMAIL: INFO@ORTHOPAEDIE-HECKROTH.DE

Besteller:

Bestelldatum: ____.

Liefertermin: ____.

Muster: ja/nein

Leisten: ja/nein

Name des Kunden: _____

Modell: _____

Futter/Quartier: _____ Blatt: _____ Zunge: _____

Ösen: _____ Haken: _____

Maße:

	Länge	Ballen	Rist	Ferse	Knöchel	Wade	Abschluß	Höhe mit Kork	Absatz cm
Größe									
Li									
Re									

Wichtig: Alle Maße bitte in Zentimeter angeben!

Sonderhinweise:

_____,den____.____.____
Unterschrift

Nur Fa. Heckroth:		Kürzel	Zeit	Kürzel		Zeit
Modell:	_____	_____	_____	Schaft:	_____	_____
Zuschnitt:	_____	_____	_____	Abschlußarbeiten	_____	_____
Buggen:	_____	_____	_____	Enkontrolle:	i.O. <input type="checkbox"/>	n.i.O. <input type="checkbox"/>
Futter:	_____	_____	_____		_____	_____



RIEDTRASSE 7 63633 BIRSTEIN
TEL.: 06054-1000 FAX: 06054-490
EMAIL: INFO@ORTHOPAEDIE-HECKROTH.DE

Besteller:

Bestelldatum: ____.

Liefertermin: ____.

Muster: ja/nein

Leisten: ja/nein

Name des Kunden: _____

Modell: _____

Futter/Quartier: _____ Blatt: _____ Zunge: _____

Ösen: _____ Haken: _____

Maße:

	Länge	Ballen	Rist	Ferse	Knöchel	Wade	Abschluß	Höhe mit Kork	Absatz cm
Größe									
Li									
Re									

Wichtig: Alle Maße bitte in Zentimeter angeben!

Sonderhinweise:

_____,den____.____.____
Unterschrift

Nur Fa. Heckroth:		Kürzel	Zeit	Kürzel		Zeit
Modell:	_____	_____	_____	Schaft:	_____	_____
Zuschnitt:	_____	_____	_____	Abschlußarbeiten	_____	_____
Buggen:	_____	_____	_____	Enkontrolle:	i.O. <input type="checkbox"/>	n.i.O. <input type="checkbox"/>
Futter:	_____	_____	_____		_____	_____