

 <p>אלפא נטו בע"מ Alpha Net Ltd</p>	3.02ט	נספח לנהל:
	01	מהדורה:
	14/9/14	תאריך תוקף:
	עמוד 1 מתוך 1	מס' עמוד:
<b>שם הטופס: בקשה להזמנת חיתוך קרנית DSAEK</b>		

תאריך: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

שם המזמין	טלפון	
הגורם המשלם	מספר הזמנה	
בי"ח	מיקום	אשפוז יום / חדר ניתוח
תאריך החיתוך	שעה (מועדפת)	
	שעה (אפשרות שניה)	

**DSAEK**

גודל סכין נדרשת (נא להקיף בעיגול)					❖
300	350	400	450	500	מקרה 1
300	350	400	450	500	מקרה 2
300	350	400	450	500	מקרה 3

❖ מקרה הינו חיתוך קרנית או זוג קרניות מאותו התורם

הערות: \_\_\_\_\_

שם ממלא הטופס	חתימה/חותמת
---------------	-------------

**נא לשלוח טופס חתום לפקס 08.9286667 או באימייל [vivian@alpha-net.co.il](mailto:vivian@alpha-net.co.il)**

נא לוודא קבלת הפקס בטלפון: 08.9286677 ; 077.3366633

בכל שאלה ניתן לפנות ל- ויואן: 054.2227655 ; יגאל: 054.2227855 ; אור: 054.2227955

\*\*\*\*\*

- יש למלא את הטופס בהתאם לדרישות ISO
- דמי ביטול: בקשה ניתן לבטל בפקס או באימייל עד 12 שעות לפני מועד ההזמנה, אחרת יש לשלם 200 ש"ח

\*\*\*\*\* מידע פנימי \*\*\*\*\*

תאריך קבלת הטופס: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

הועבר לטיפול של: \_\_\_\_\_

הערות: \_\_\_\_\_