

Kérjük, hogy olvashatóan, nyomtatott betűkkel töltsé ki, a megfelelő helyeken tegyen X-et a négyzetekbe!

Roche szaktanácsadó neve: _____

Pumpahasználó neve: _____

18 éven aluliak esetén a szülő neve: _____

Pumpahasználó, vagy a szülő telefonszáma: _____

Tudomásul veszem, hogy a **vényeken NEM szereplő termékek** (kiegészítők) értékét kizárólag a futárcégnek fizethetem átvételkor.**A vényeken felírt termékek:**

- Kiszállítandó (szerelék, patron, egyéb kiegészítők)
- Személyesen már átvett eszközök (inzulinpumpa, vagy már kiszolgált termék)

KÉRT SZÁLLÍTÁSI DÁTUM:

(a vények beérkezésétől számított 3-5 munkanap)

A térítési díj fizetésének módja:

- A teljes összeget a futárcégnek fizetem (készpénzzel vagy bankkártyával)
- Az Egészségpénztár számlámat (pl.: Patika, Prémium, OTP, stb.) használom a fizetéshez (csak vényes terméknél lehet!)

Egészségpénztári elszámolás igénybevételéhez alábbi rovatok kitöltése kötelező!

- pumpára szerelékre (kiegészítőkre nem lehet!) mindkettőre

- Az Egészségpénztártól igénylem vissza az összeget, a számla alapján.

- Az Egészségpénztár utalja az összeget a Szolgáltató (ReplantMed Kft.) felé. Ehhez az egészségpénztári számlámon elegendő összeg van, valamint mellékelem a zárolási kérelmet (külön nyomtatvány). Enélkül nincs lehetőség EP számláról fizetni!

Egészségpénztár neve: _____

Címe: _____

Pénztártag neve: _____

Szolgáltatásra jogosult neve: _____

Tagsági azonosító: _____

Kártyaszám: _____

Alulírott kérelmező jelen rendelési űrlap aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy a Társaság a személyes adataimat az adatvédelmi tájékoztatóban foglaltak szerint, a mindenkor hatályos uniós és hazai jogszabályoknak megfelelően kezelje és amennyiben egészségpénztári zárolási kérelmet mellékelek, az abban foglalt személyes adataimat a zárolási kérelemben foglalt teljesítése érdekében, a megjelölt egészségpénztár felé elszámolásra továbbítsa. Tudomásul veszem, hogy a Társaság adatvédelmi tájékoztatója elérhető a www.replantmed.hu honlapon, továbbá kijelentem, hogy az abban foglaltakat megismertem és tudomásul vettem.

Szállítási cím (amennyiben eltér a vényeken megadott címtől):

Irányítószám, helység: _____

Utca, házsám (kaputelefon): _____

Kontaktszemély, telefonszám: _____

KÉRJÜK, FIGYELMESEN TÖLTSE KI AZ ALÁBBI TÁBLÁZATOT!Az inzulinpumpa TARTOZÉKOK megrendelését a [hátoldalon](#) találja !

Megnevezés (szerelék típusa)	Szerelék mérete		Szerelék mennyisége *		<i>Ezt a két oszlopot a ReplantMed Kft. tölti ki, kérjük ide ne írjon!</i>	
	tű	tű/vezeték	tű	tű/vezeték		
	mm	mm/cm	10db/doboz	10db/doboz		
Accu-Chek FlexLink						
Accu-Chek TenderLink						
Accu-Chek Rapid-D Link**						
Accu-Chek Spirit 3,15 ml patronrendszer	X	X	X		X	5206073001

Dátum: _____

Aláírás: _____

*Felhívjuk szíves figyelmét, hogy orvosa a vényre 20 db/doboz egységben írta fel az infúziós szereléket, de az 10 db/doboz kiszerezésben van, ezért kérjük, így adja meg a mennyiségeket. Ez a 6 havi szerelék mennyiség megrendeléskor *fel nőttek* esetében 6x10 db, *gyermek*ek esetében 10x10 db.

**KIVÉVE: Accu-Chek Rapid-D Link CSAK TŰ infúziós szereléknel, ami vényen és a rendelési űrlapon is 20 db/doboz. Ez a 6 havi szerelék mennyiség megrendeléskor *fel nőttek* esetében 3x20 db, *gyermek*ek esetében 5x20 db. Kérjük, hogy a megrendelésnél ezt is vegye figyelembe!

Visszaküldési cím AJÁNLOTT, ELSŐBBSEGI levélben:

ReplantMed Kft., Kelemen Katalin részére, 1119 Budapest, Nándorfejérvári út 35.

A papír alapú vények első oldalát 2x és a hátoldalt is 2x kell aláírni!

Ezt a rendelési űrlapot minden rendelés esetén kérjük kitölteni és a vények mellé csatolni!

Kérjük, hogy a 3 helyen aláírt házhozszállítási kérelmet/átvételi jegyzőkönyvet szintén csatolja a vények mellé!

ÁRJEGYZÉK - KIEGÉSZÍTŐK

Katalógusszám	Accu-Chek termékek megnevezése Érvényes 2024. január 1-től, visszavonásig és a készlet erejéig.	Ajánlott fogyasztói ár (bruttó Ft)	Rendelés megadása (db)
05337330001	Szerviz készlet elem nélkül Accu-Chek Combo inzulinpumpához	4 200	
05337321001	Szerviz készlet 4 db elemmel Accu-Chek Combo inzulinpumpához	6 200	
04530039001	LinkAssist belövő készülék Accu-Chek FlexLink infúziós szerelékhez	14 000	
04652371001	Elasztikus tépőzárás öv hasra / fehér	3 300	
05061997001	Neoprén védőtok övre / fehér	4 500	
05835291001	Pamut védőtok combra/fehér méret: L	3 500	
05835313001	Pamut védőtok combra/fehér méret: M	3 500	
05835348001	Pamut védőtok combra/fehér méret: S	3 500	
06364535001	Lycra védőtok melltartóra/fekete	2 700	
05969921001	Védőtok Accu-Chek Combo távirányítóhoz/fekete	2 000	
08151458001	Varta Ultra Lithium AA lítium elem inzulinpumpához 4 db/csomag	2 690	
08151440001	Varta Ultra Lithium AAA lítium elem távirányítóhoz 4 db/csomag	2 690	
08151474001	Varta Longlife Max Power AA alkáli elem inzulinpumpához 4 db/csomag	860	
08151466001	Varta Longlife Max Power AAA alkáli elem távirányítóhoz 4 db/csomag	860	
08151423001	Varta CR2032 lítium gombelem vércukormérőhöz 1 db/csomag	400	
07135076045	Accu-Chek Active vércukormérő készlet (készülék, tok, ujjbegyszűrő, 10 db lándzsa, 10 db tesztcsík)	4 990	
07124112220	Accu-Chek Active 50x tesztcsík	3 420	
09221786345	Accu-Chek Instant vércukormérő készlet (készülék, tok, ujjbegyszűrő, 10 db lándzsa, 10 db tesztcsík)	6 990	
07819382053	Accu-Chek Instant 50x tesztcsík TB támogatás nélkül TB támogatással	3 138 628	
06454011045	Accu-Chek Performa 50x tesztcsík TB támogatás nélkül TB támogatással	3 138 628	
07026501190	Accu-Chek Smart Pix adatleolvasó eszköz	5 890	
04418506001	Accu-Chek Softclix ujjbegyszűrő készlet (ujjbegyszűrő, 25 db lándzsa)	5 150	
04418522001	Accu-Chek Softclix 25x lándzsa	1 135	

Az Accu-Chek Termékkatalógus és Árjegyzék elérhető ITT: www.rochepumpa.hu/venybevaltasi-informaciok.php

A rendelési űrlapot elektronikusan is kitöltheti ITT: www.replantmed.hu/termekcsoportok/diabetesz-uzletag

Amennyiben elektronikus vényei vannak, kérjük, hogy azok lehívásához hívja munkaidőben a 06 30 527-9156 telefonszámot!

Dátum: _____

Aláírás: _____