NÄHZETTEL

Kommission: _____	Vorgang: _____
Ansprechpartner: _____	Kd.-Nr.: _____
Telefonnummer: (f. technische Rückfragen) _____	Datum: _____

(intern:) Rollstuhl | Einzelteil | Schale | Box

Rückenpolster Stoffnr.: _____

Sitzpolster Stoffnr.: _____

Inkoschutz über
Klett, Stoffnr.: _____

Pelotten Stoffnr.: _____	Kopfstütze Stoffnr.: _____
Armlehnen Stoffnr.: _____	ADB-Polster Stoffnr.: _____
Oberarmpolster Stoffnr.: _____	Wadenpolster Stoffnr.: _____
Fußpolster Stoffnr.: _____	Tischpolster Stoffnr.: _____
Sonderpolster Stoffnr.: _____	

Notizen: