



**Platz für Rückantwort des SFD
(bitte nicht beschreiben)**

An den
SFD-Berlin
c/o WBT eG
Genthiner Straße 36

10785 Berlin

Absender / Berechtigungsnummer: _____

Herr/Frau/Frl. _____

Straße _____

_____ Berlin - _____

Telefon: _____

Telefax: _____

per Fax an 26 10 23 99

per Mail an order@sfd-berlin.de

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> E-Rolli Normalgröße | <input type="checkbox"/> Rollstuhl klappbar | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Gehhilfen |
| <input type="checkbox"/> E-Rolli mit Übergröße | <input type="checkbox"/> Rollstuhl nicht klappbar | <input type="checkbox"/> Stoßhebelwagen | <input type="checkbox"/> Tür-zu-Tür-Service |
| <input type="checkbox"/> umsetzbar | <input type="checkbox"/> Erbitte Einbindung mit Nr.: _____ | | Name: _____ |

Hinfahrt:	Tag	Datum	Uhrzeit	Bemerkungen
				Telefon unterwegs: _____
von:				<input type="checkbox"/> Treppenhilfe wenn ja, Etage: ____ Begleitperson(en): ____
nach:				<input type="checkbox"/> Treppenhilfe wenn ja, Etage: ____

Rückfahrt:	Tag	Datum	Uhrzeit	Bemerkungen
				Telefon unterwegs: _____
von:				<input type="checkbox"/> Treppenhilfe wenn ja, Etage: ____ Begleitperson(en): ____
nach:				<input type="checkbox"/> Treppenhilfe wenn ja, Etage: ____

Wichtige Hinweise aller Art: