

FüGK Main Spessart

Logistik Zentrum

Bestellschein

Besteller

Einrichtung	_____
Strasse	_____
Stadt	_____
Telefonnummer:	_____

Bestelldatum

Anforderer (Name)

Lieferung an (falls abweichend)

Einrichtung	_____
Strasse	_____
Stadt	_____
Telefonnummer:	_____

Bitte ankreuzen

Art der Einrichtung							
Klinik	Ambulante Pflege	stationäre Pflege	Einglieder- ungshilfe	Hospiz	Altenheim	niedergel. Arzt	öffentl. Gesundheits dienst
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bestätigte Covid-19 Patienten							
keine	<3	3 - 10	> 10				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
betreute Personen pro Tag							
< 10	10 - 20	21 - 50	> 50				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
vorrätiges Material reicht noch für							
< 3 Tage	3 - 5 Tage	6 - 7 Tage	> 7 Tage				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Bestellung

Stück	Einheit	Material
	1	Anzüge
	1	FFP3 / FFP2 Masken
	1	Mund-Nasen-Schutz
	1	Schutzbrille
	Karton	Handschuhe Größe S
	Karton	Handschuhe Größe M
	Karton	Handschuhe Größe L
	Karton	Handschuhe Größe XL
	1000ml	Desinfektion Hände
	1000ml	Desinfektion Fläche