

# Brief-/Fax – Antwort

Fax-Nr.: 09453/994045

OKKAIDO Vertrieb v. Medizin-Technik  
z. Hd. Herrn Biglari  
z. Hd. Herrn Roider  
Schulstraße 13

93087 Alteglofsheim

Tel.-Nr. 09453/994046

Ich interessiere mich für die Anwendung der **SYNCHRONEN BALNEO-PHOTOTHERPIE**  
nach dem **TOMESA-Prinzip** in meiner Praxis:

Durch diesen Fragebogen übersende ich Ihnen meine Eckdaten bzgl. Installation eines TOMESA-  
Therapie-Systems in meiner Praxis.

Dieser Bogen ist **keine Bestellung und kein Auftrag**. Er dient lediglich zur Abklärung, ob die  
Voraussetzungen für eine Installation gegeben sind.

1. Wie viele Patienten Ihres Klientels kommen für die Anwendung der SYNCHRONEN-BALNEO-  
PHOTOTHERAPIE in Frage?

Anzahl der Patienten monatlich \_\_\_\_\_ jährlich \_\_\_\_\_

2. Wie viel Raum in qm können sie für den Therapieplatz bereitstellen?

\_\_\_\_\_ qm  > 6 qm  > 10 qm

3. Ist ein Wasseranschluss vorhanden?

**a) im vorgesehenen Raum**

Kaltwasser  Warmwasser  
 Nein

**b) in der Praxis**

Kaltwasser  Warmwasser  
 Nein

4. Ist ein Bodenablauf verfügbar?  Bodenablauf (Gully)  Siphon

**a) im vorgesehenen Raum**

Nein  Ja

**b) in der Praxis**

Nein  Ja

5. Welche Raumhöhe ist verfügbar?

> 2,25 m  > 2,40 m

---

Hiermit willige ich darin ein, dass die von mir vorstehend angegebenen Daten von Okkaido im Rahmen der Angebotserstellung,  
weiterer Korrespondenz sowie innerhalb einer eventuell entstehenden Vertragsbeziehung verwendet werden dürfen. Okkaido  
wird meine Daten nicht zu anderen Zwecken verwenden oder an Dritte weitergeben.

## Ihre Kontaktdaten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Datum + Ort: \_\_\_\_\_

Praxisstempel + Unterschrift \_\_\_\_\_