

Vielen Dank für das Ausfüllen und Zurückschicken an PHYSIO-TECH.

Datum:.....

\* obligatorische Felder

Klinik/Praxis: .....

Sie sind?: Tierarzt  Physiotherapeut  Andere

Anrede:\*  Nachname:\* ..... Vorname: .....

Adresse:\* .....

Postleitzahl\* ..... Ort\* ..... Land: .....

Tel. .... Fax: ..... E-Mail:\* .....

Web: .....

**Ich möchte ein Angebot zu einem Unterwasserlaufband mit folgenden Optionen :**

AUSSTATTUNG	MODELE		
	XXL <input type="checkbox"/>	Comfort <input type="checkbox"/>	DeLUXE <input type="checkbox"/>
HEIZUNG	✓	✓	✓
POLUMSCHALTUNG	✓	✓	✓
STUFENLOSE GESCHWINDIGKEITSREGULIERUNG	✓	✓	✓
GASDRUCKFEDER FÜR TÜR	✓	✓	✓
GUMMIMATTE	✓	✓	✓
AUSZIEHBARE TRITTSTUFEN	✓	✓	✓
UNTERWASSERMASSAGE	✓	✓	✓
LAUFBANDERHÖHUNG FÜR KLEINE HUNDE	✓	✓	AUTOMATISCH
LAUFBANDSCHRÄGSTELLUNG	✓	AUTOMATISCH	AUTOMATISCH
INTERNER WASSERFILTER	✓	✓	✓
EXTERNER WASSERFILTER MIT UV - LAMPE	✓	✓	✓
GEGENSTROMANLAGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓
OBERGESTELL MIT GEHHILFE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓
SOFTWARE AQUA PC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓
SOFTWARE AQUA PRAXIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ZUBEHÖRSTÄNDER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓