

KARTEIBLATT

Soft Lift Lining®


Vor- u. Zuname: Telefon:

Straße: Geb.-Dat.:

PLZ, Wohnort: E-Mail:

1. Behandlung

Datum: Chargennummer:




.....

.....

.....

2. Behandlung

Datum: Chargennummer:




.....

.....

.....

3. Behandlung

Datum: Chargennummer:



.....

.....

.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Kunden