

# Sur mesure lipomed® blackline/skinline

Commande par fax à medi • Télécopie +32 11 242 564

Commandé par \_\_\_\_\_

Contact \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal / ville \_\_\_\_\_

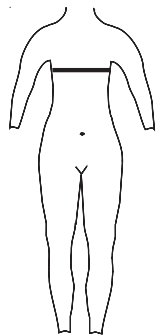
Téléphone \_\_\_\_\_

Données patient \_\_\_\_\_

Modèle demandé (cocher d'une croix)

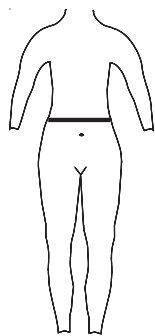
lipomed® blackline     lipomed® skinline

- F-M de la taille jusqu'à mi-cuisse   
  F-N du dessous de la poitrine jusqu'à la cuisse   
  D-M de la taille jusqu'au-dessous du genou   
  D-N du dessous de la poitrine au-dessous du genou   
  B-M de la taille jusqu'à la cheville   
  B-N du dessous de la poitrine jusqu'à la cheville



**Dessous de la poitrine**  
Circonférence en dessous de la poitrine

eN \_\_\_\_\_ cm



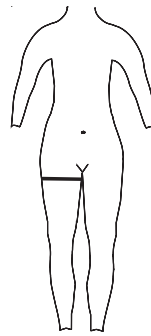
**Taille**  
Circonférence de la taille

eM \_\_\_\_\_ cm



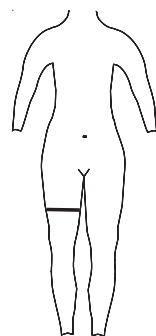
**Hanche**  
Circonférence de la partie la plus large de la hanche

eL \_\_\_\_\_ cm



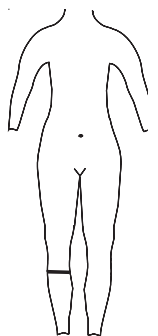
**Cuisse**  
Circonférence de la cuisse

eG \_\_\_\_\_ cm



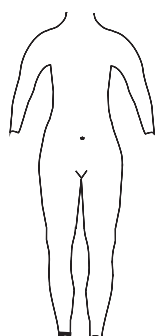
**Mi-cuisse**  
Circonférence de la cuisse en son milieu

eF \_\_\_\_\_ cm



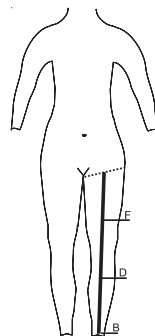
**Dessous du genou**  
Circonférence en dessous du genou

eD \_\_\_\_\_ cm



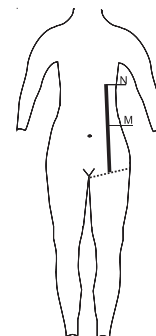
**Cheville**  
Circonférence de la cheville

eB \_\_\_\_\_ cm



**Longueur de la jambe**  
de l'entrejambe à la longueur de jambe désirée (indiquer une longueur uniquement)

eF \_\_\_\_\_ cm\*  
eD \_\_\_\_\_ cm\*  
eB \_\_\_\_\_ cm\*



**Longueur abdominale**  
de l'entrejambe au niveau désiré (indiquer une longueur uniquement)

eN \_\_\_\_\_ cm\*  
eM \_\_\_\_\_ cm\*

\* Mesure sur le corps = mesure du produit fini

Date de livraison souhaitée \_\_\_\_\_