**המלצות והנחיות למילוי טופס הזמנה**

מומלץ להיעזר ברופא למילוי הטופס.

**המידע שחיוני לחרוט על גבי תג הזיהוי**

* שם המחלה
* סוג האלרגיה (למזון , תרופות, עקיצות וכד')
* תרופות חיוניות (לדילול דם וכד')
* פרטי איש קשר (במיוחד לחולי אלצהיימר, אוטיזם וכו')
* סוג דם חריג (או כל תופעה רפואית חריגה אחרת)

**טופס הזמנה**

|  |  |
| --- | --- |
| **שם פרטי** |  |
| **שם משפחה** |  |
| **תעודת זהות** |  |
| **כתובת**  (רחוב, עיר, מיקוד) |  |
| **טלפון בית** |  |
| **טלפון נייד** |  |
| **דואר אלקטרוני** |  |
| **שנת לידה** |  |
| **סוג כרטיס אשראי** |  |
| **מס' כרטיס אשראי** |  |
| **תוקף** |  |
| **שם בעל הכרטיס** |  |
| **מס' ת.ז.** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **פרטי הצמיד** | |
| **מק"ט** |  |
| **צבע** |  |
| **כמות** |  |
| **הקף בעיגול** | **ילדים / מבוגרים** |

**המידע לחריטה**

**רשום תו אחד בכל משבצת (גם רווח הינו תו) - יש למלא באנגלית**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| שורה 1: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| שורה 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| שורה 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**מדיתג איי.די. בע"מ אחראית לאיכות החריטה ועמידותה לאורך זמן.**

**מדיתג איי.די. בע"מ אינה אחראית לתוכן החריטה על גבי הצמיד. מומלץ להעזר ברופא.**

**החריטה תתבצע על פי ההזמנה, כפי שמולאה על ידי הלקוח.**

**טופס לדוגמא:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| שורה 1: |  |  |  |  |  | **2** |  | **S** | **E** | **T** | **E** | **B** | **A** | **I** | **D** |
| שורה 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **A** | **M** | **H** | **T** | **S** | **A** |
| שורה 3 | **7** | **6** | **5** | **4** | **3** | **2** | **1** | **0** | **5** | **0** |  | **L** | **L** | **A** | **C** |