

**Bestätigung der Herstellerfirma
Manufacturer Declaration
Confirmación del fabricante**

Herstellerfirma / Manufacturer / fabricante:

HOFFRICHTER GmbH

Mettenheimer Straße 12/14, D-19061 Schwerin

Telefon: +49-(0)385-39925-0

Telefax: +49-(0)385-39925-25

E-Mail: info@hoffrichter.de

URL: www.hoffrichter.de

Atemtherapiegerät

Respiratory therapy equipment

Aparato de respiración terapéutico: _____

Ser.Nr. / Ser.No. / Número de serie: _____

Hiermit wird bestätigt, daß das verwendete Gerät ein medizinisch therapeutisches Gerät ist.
Herewith we confirm, that the equipment is for medical therapeutical purpose only.
Aquí se confirma, que este aparato es solamente para el uso medicinal terapéutico.

**Bestätigung von medizinischer Seite über die Nutzung des o.g. Gerätes.
Medical Declaration for the Necessity of the above mentioned equipment.
Confirmación medicinal para el uso del aparato explicado anteriormente.**

Hiermit wird bestätigt, daß Herr / Frau
Herewith we confirm, that Mr / Ms / Mrs
Aquí se confirma, que el Señor / la Señora _____

das o.g. Gerät zur regelmäßigen Therapie benötigt.
Need the above mentioned equipment for their daily therapy.
Necesita el aparato explicado anteriormente para su terapia diariamente.

Ort / Datum
Place / Date
Lugar / Fecha

Unterschrift / Stempel des behandelnden Arztes
Signature / Stamp of physician
Firma / Cuño del médico