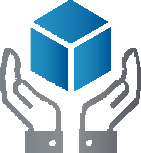
Auswahl der gewünschten



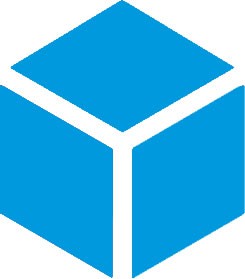
BeleschBox

Lieferinformationen angeben

Versicherte/r (gemäß Antrag auf Kostenübernahme):

## Frau Herr

Vorname: Nachname:

Pflegegrad: 1  2  3  4  5 

# BeleschBox 1

BeleschBox 2

2x 100 Stück Einmalhandschuhe

100 Stück

Einmalhandschuhe

500 ml

500 ml

12 Stück

Handdesinfektion Flächendesinfektion FFP2 Masken

2x 500 ml

25 Stück

8 Stück

Handdesinfektion Bettschutzeinlagen FFP2 Masken

# BeleschBox 3

1 Pack Desinfektionstücher

# BeleschBox 4

1x 500 ml Handdesinfektion 1x 500 ml Flächendesinfektion 10 Stück FFP2 Masken

2x 500 ml Flächendesinfektion 2x 500 ml Handdesinfektion 25 Stück FFP2 Masken

# BeleschBox 5 BeleschBox 6

2x 100 Stück Einmalhandschuhe

100 Stück

Einmalhandschuhe

500 ml

Handdesinfektion

500 ml

Handdesinfektion

1 Pack

Desinfektionstücher

500 ml Flächendesinfektion

4 Stück FFP2 Masken

# BeleschIndividuell

25 Stück

6 Stück

Bettschutzeinlagen FFP2 Masken

Handschuhgröße:  S  M  L  XL (Bei fehlender Angabe wird Größe M geliefert)

Die von mir getroffene Auswahl der BeleschBox kann ich jeden Monat neu festlegen. Änderungen werde ich der MedicCos Inko&Care GmbH rechtzeitig mitteilen.

**X**

## Datum

MedicCos Inko&Care GmbH Lindenbergplatz 1 - 38126 Braunschweig | +49 (0) 531 51605712 | [info@belesch-box.de](mailto:info@belesch-box.de)