

Kissen : Vicair Vector O2 (OVR)

Größe : _____ Höhe : _____

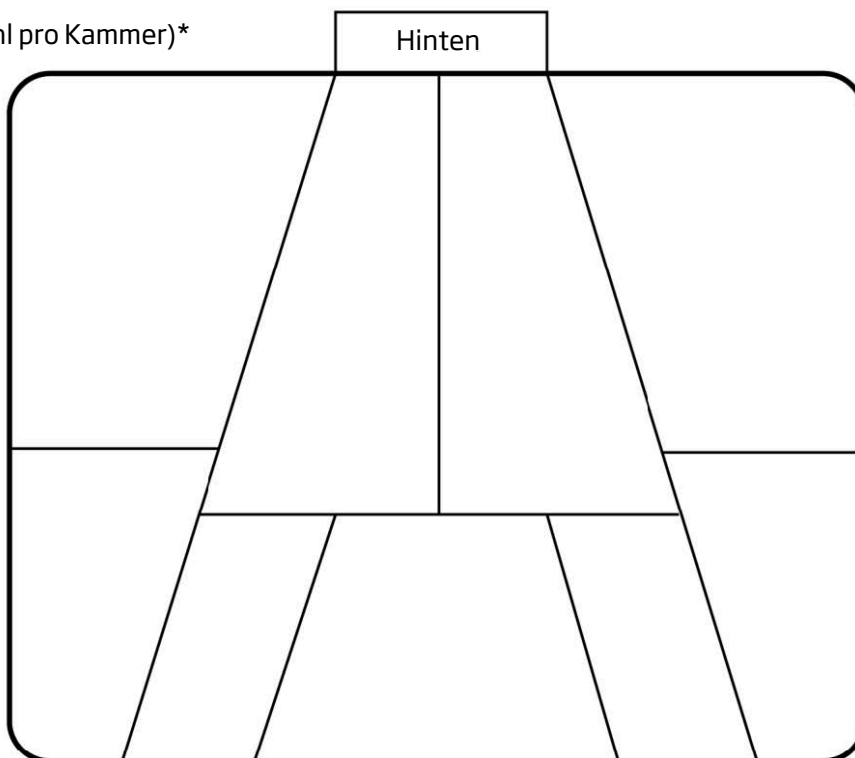
Seriennummer : _____

Name Benutzer : _____

Anpasser : _____

Datum : _____

Füllgrad (Zellenanzahl pro Kammer)*



**Dies ist ihre angepasste Füllung. Das Label am Kissen zeigt den ursprünglichen Füllgrad.*

Bemerkungen:

Bitte bewahren Sie dieses Dokument für weitere Anpassungen auf

Kissen : Vicair Adjuster O2 (OAD)

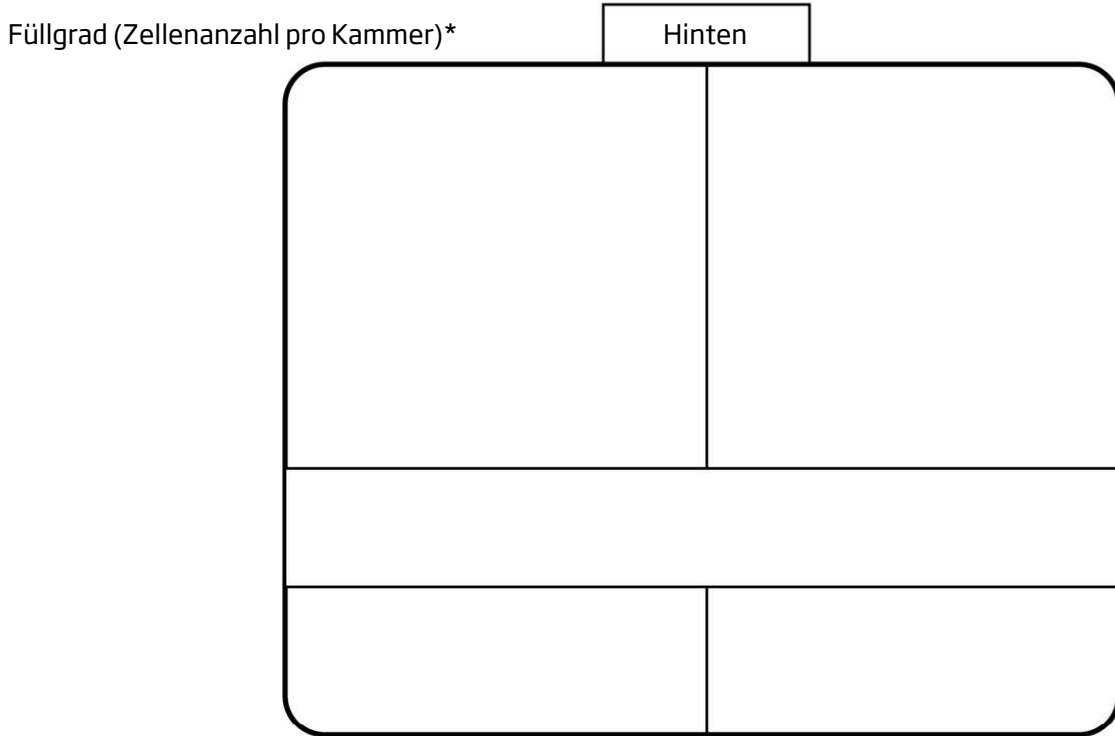
Größe : _____ Höhe : _____

Seriennummer : _____

Name Benutzer : _____

Anpasser : _____

Datum : _____



**Dies ist ihre angepasste Füllung. Das Label am Kissen zeigt den ursprünglichen Füllgrad.*

Bemerkungen:

Bitte bewahren Sie dieses Dokument für weitere Anpassungen auf

Kissen : Vicair Active 02 (OCT)

Größe : _____ Höhe : _____

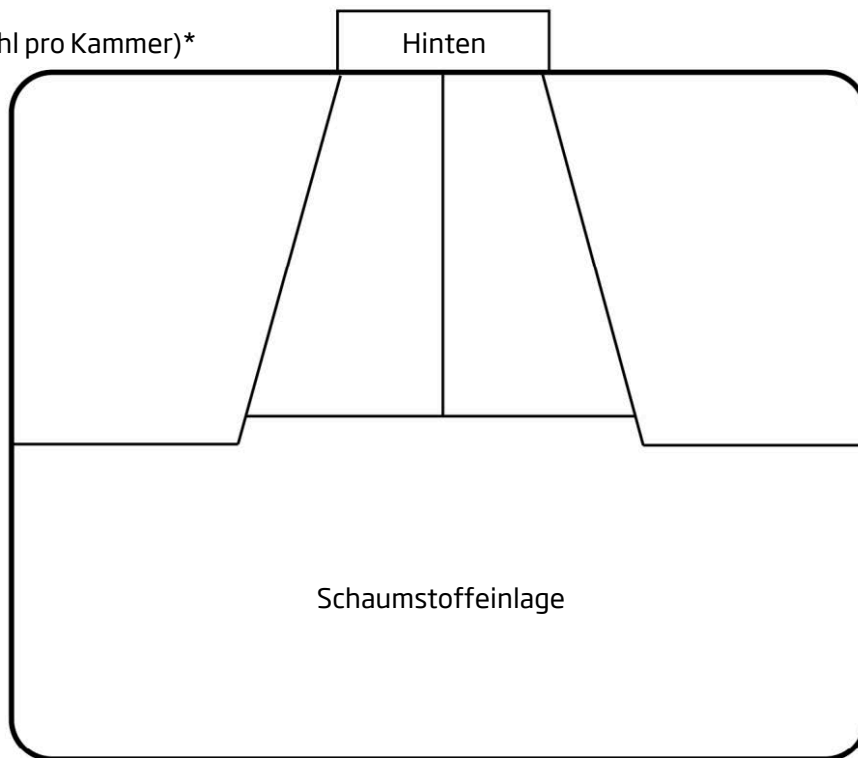
Seriennummer : _____

Name Benutzer : _____

Anpasser : _____

Datum : _____

Füllgrad (Zellenanzahl pro Kammer)*



**Dies ist ihre angepasste Füllung. Das Label am Kissen zeigt den ursprünglichen Füllgrad.*

Bemerkungen:

Bitte bewahren Sie dieses Dokument für weitere Anpassungen auf