

# MODULO RICHIESTA FORNITURA

**MITTENTE:**

\_\_\_\_\_

**DESTINATARIO:**

Laboratorio GLOI snc di R. & M. VAUDANO  
Via Bengasi, 5 13900 BIELLA

n°iscriz. ITCA01006672

SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE \_\_\_\_\_

► LA REALIZZAZIONE DEL SEGUENTE DISPOSITIVO MEDICO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

COLORE: \_\_\_\_\_

EVITANDO LE SEGUENTI SOSTANZE: \_\_\_\_\_

SI ALLEGANO:

MODELLI  numero

IMPRONTE  numero      DISINFETTATE

CERA NORMALE  CERA COSTRUZIONE  ALTRO  \_\_\_\_\_

COPIA DELLA PRESCRIZIONE MEDICA DEL DISPOSITIVO

COPIA DELLA PROGETTAZIONE TECNICA DEL DISPOSITIVO

ALTRO  \_\_\_\_\_

► I SEGUENTI SERVIZI:

ZOCOLATURA MODELLI  DUPLICATURA MODELLI

TRACCIATO CEFALOMETRICO SU ns. PUNTI REPERE

PROGETTO TECNICO COMPLETO SU ns. ANALISI CEFALOMETRICA e/o OBIETTIVI

PROGETTAZIONE TECNICA

PROGETTO/CONTROLLO  PARERE TELEFONICO  PREVENTIVO

**CONSEGNA LAVORO ►**

**AM  PM**

DATA

TIMBRO e FIRMA