

PRESCRIZIONE

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 _____

ANAMNESI RX PANORAMICA

TELERADIOGRAFIA LL ANALISI CEFALOMETRICA PUNTI REPERE

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