

PRESCRIZIONE

MITTENTE:

DESTINATARIO:

GLOI srl Laboratorio Ortodontico
Via Bengasi, 5 13900 BIELLA

Ministero Sanità
P/iva

ITCA01006672
IT01428670028

SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE _____

► LA REALIZZAZIONE DEL SEGUENTE DISPOSITIVO MEDICO:

COLORE: _____

EVITANDO LE SEGUENTI SOSTANZE: _____

SI INVIANO:

MODELLI numero

IMPRONTE numero IMPRONTE DIGITALI

CERA NORMALE CERA COSTRUZIONE ALTRO _____

ANAMNESI RX PANORAMICA

TELERADIOGRAFIA LL ANALISI CEFALOMETRICA PUNTI REPERE

ALTRO _____

► I SEGUENTI SERVIZI:

ZOCOLATURA DIGITALE 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