

# PRESCRIZIONE

MITTENTE:

\_\_\_\_\_

**DESTINATARIO:**

GLOI srl Laboratorio Ortodontico  
Via Bengasi, 5 13900 BIELLA

Ministero Sanità  
P/iva

ITCA01044376  
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