

ORTHO SYSTEM

Torino

Lab

PRESCRIZIONE E PROGETTAZIONE CLINICA

DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA PER TERAPIA ORTODONTICA

MITTENTE: INDIRIZZO: CAP E CITTÀ: TELEFONO:	DESTINATARIO: ORTHOSYSTEM TORINO LAB SRL INDIRIZZO: VIA ALBERTO NOTA, 3/A CAP E CITTÀ: 10122 TORINO TELEFONO: 011 4367011 R.A. REG. IMPR.: 374147/2019
PRESCRIZIONE: Dr. N° ISCRIZIONE ALBO:	

DATI PAZIENTE

Nome o Codice Identificativo _____

Note del Paziente _____

REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO IDENTIFICATIVO CON IL NOME DI _____

ALLEGRO

MODELLI

ARCO FACCIALE

CERA

IMPRONTE

BANDE

CERA DI COSTRUZIONE

RIF. CEFALOMETRICI

ATTACCHI

ALTRO

Consegnare entro il:

Entro le:

Presso:

Timbro e firma del prescrittore:

Desidero essere richiamato al numero _____

Il dispositivo dovrà esserci fornito in conformità alla direttiva 93/42/CEE e in particolare all'allegato I. Il trattamento dei dati del paziente dovrà rispettare i dispositivi con Reg. Europeo 679/2016