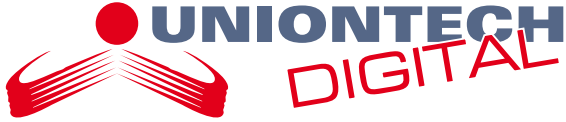


PRESCRIZIONE E PROGETTAZIONE CLINICA
DI DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA PER TERAPIA ORTODONTICA



PRESCRIZIONE N. _____ DATA _____

Fascicolo tecnico N.

UNIONTECH s.r.l.
[Parma] Via Rocco Bormioli, 5/A • 43122 Parma • Tel. 0521 221362 r.a. • Fax 0521 221362
[Milano] Via Como, 18 - 20037 Paderno Dugnano (MI) - Tel. 02 91084629 - Fax 02 91089046
info@uniontech.it • www.uniontech.it
P.iva 02203420340 • C.C.I.A. 2192261 • N. Reg. IMP. 022 0342 0340 • N. Iscr. Min. San. ITCA01019747

Sedi affiliate: **Vicenza, Roma e Napoli**

www.estheticaligner.it

Esthetic Aligner

Mittente: Dott. _____ P. Iva _____ Via _____ Città _____ Tel. _____ Nr. iscrizione albo _____ Prov. _____	Intestazione fattura: Dott. _____ P. Iva _____ Via _____ Città _____ Tel. _____ Nr. iscrizione albo _____ Prov. _____
--	--

SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE		CODICE
NATO IL _____	SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NOTE SUL PAZIENTE _____

LA REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO IDENTIFICATO CON IL NOME DI:

Esthetic Aligner

SI DESIDERA ESSERE CHIAMATI

Il dispositivo dovrà esserci fornito in conformità al D.L. del 24 Feb. 1997 n°46 e in particolare alla presente prescrizione. Il trattamento dei dati del paziente dovrà avvenire in ottemperanza a quanto previsto dal D.L. del 30 Giu. 2003 n°196

Tempi di consegna:
PROGETTO DIGITALE 10 giorni lavorativi

Data _____

Tempi di consegna:
CONSEGNA MASCHERINA 6 giorni lavorativi

Data _____

Timbro e firma del prescrittore

@ E-mail a cui inviare il progetto: _____

Richiedo modelli digitali tipo:

03DM

3Shape

Proseguimento mascherine

Superiori

Inferiori

Arcata da trattare

Superiore

Inferiore

CONSENTO Applicazione Attachment

Sì

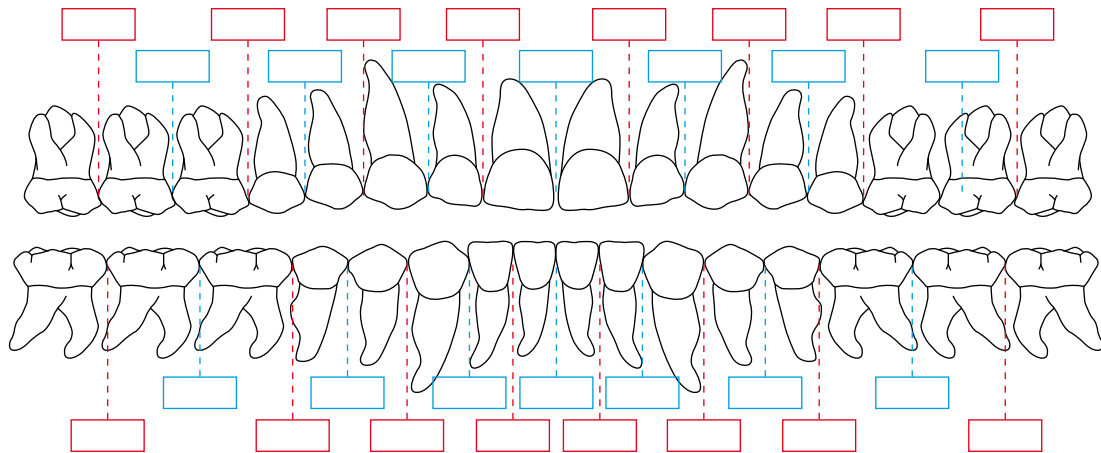
No

CONSENTO Applicazione Stripping

Sì

No

Tabella Stripping



Istruzioni Tecniche

Si allegano:

Impronte: Superiore

Inferiore

Cera

Modelli: Superiore

Inferiore

Fotografie