PRESCRIZIONE DI DISPOSITIVO ODONTOIATRICO SU MISURA

Conforme alla D.va 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici

MITTENTE			C	DESTINATARIO					
Studio/ Laboratorio				WIL	ncs	S.R.L.			
P.I. / C.F									
Nr. iscrizione albo e pr	ovincia				PROTESI DENT				
Via				00119 Roma - V Centralino: tel.	06 52.31.04.42		4.66		
Città	Telef	fono		E-mail: info@wi			A.OO OOTZOOO		
			(Cap. Soc. € 59.2 Cod. Fisc. 02190 R.E.A. 405555	100582 - P. IVA	01035821006 ITCA01014483	SINCERT SINCE		
PRESCRIZIONE N°			Data						
NOMINATIVO PAZIENTE	E E/O IDENITIFICAT				AI	DESCLUSIVO	USO WILOCS		
TVOIVIII VATIVO TI VEIETTE		CODICE CLIENTE							
05000		The second second				DDIOE LAVOR	0		
SESSO M M F	ETÀ	BRU	JXISTA			DDICE LAVOR	10		
ALTRI DISPOSITIVI PRESENTI E LORO MATERIALI COSTITU					Us	6C			
PARTICOLARI PRECAUZIONI DA ADOTTARE NELLA FABBE	RICAZIONE		CLUSIVAMENTE LA PRESENZ ZA SPECIFICARNE LA TIPOLO N O		SIE ;	Si richiede piano d	i fabbricazione		
A Transaction of Street	LA REALIZZAZIONE	DEL DISPOSITIVO	MEDICO SIL MISUE	RA IDENTIFICATO	CON II NOM	E DI:			
☐ BANDE SU	□ BANDE SU			BANDE CON ATTACCO SU					
☐ ATTACCHI DB	DA PUNTARE		EST.	PAL.	and as the	SU			
		MAT	ERIALI ALLEGAT	rı					
MODELLI	SUP.	INF.	■ RX		CERA	PC	ORTA IMPRONTE		
BANDE N.	ATTACCHI N.	Al	RCO FACCIALE	CERA DI	COSTRUZIONE	altro			
COLORE	DATA E LUOG	O DI CONSEGNA					Mattina Pomeriggio		
Impronte disinfettate con:									
	ERVATO AL LABORAT	ORIO		TIMBRO E F	IRMA DEL PRE	SCRITTORE			
			Dopo aver letto e cor	Dopo aver letto e compreso la nota informativa fornita a tergo della prescrizione ai sensi dell' Art. 13 del					
CERE FOTO			D. Lgs 196/2003 per le DÀ IL CONSENSO	D. Lgs 196/2003 per le finalità d'informativa commerciale (punto 3 dell' informativa). DÀ IL CONSENSO NEGA IL CONSENSO FIRMA					
RX	ATTACCHI		indicate nell'informativ so sono facoltativi e l'e	a e i loro correlati tratta	amenti, consapevole	che il conferimento dei	dati e il Suo consen-		