

PRESCRIZIONE DI DISPOSITIVO ODONTOIATRICO SU MISURA

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

MITTENTE

Studio/ Laboratorio
 P.I. / C.F.
 Nr. iscrizione albo e provincia
 Via
 Città Telefono

DESTINATARIO

WILOCS S.R.L.
 PROTESI DENTARIA

00119 Roma - Via Charles Lenormant, 154
 Centralino: tel. 06 52.31.04.42 - fax 06 52.16.94.66
 E-mail: info@wilocs.it

Cap. Soc. € 59.280,00 i.v.
 Cod. Fisc. 02190100582 - P. IVA 01035821006
 R.E.A. 405555 Min. Sanità ITCA01014483



PRESCRIZIONE N°

Data

NOMINATIVO PAZIENTE E/O IDENTIFICATIVO

PARTICOLARI PRECAUZIONI DA ADOTTARE NELLA FABBRICAZIONE		SI PREGA DI INDICARE ESCLUSIVAMENTE LA PRESENZA O MENO DI PATOLOGIE SENZA SPECIFICARNE LA TIPOLOGIA		AD ESCLUSIVO USO WILOCS	
		Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CODICE CLIENTE	
IMPRONTE DISINFETTATE CON:				CODICE LAVORO	
Protesi Fissa <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Scheletrica <input type="checkbox"/> Combinata <input type="checkbox"/> Provvisoria <input type="checkbox"/>				Usc.	
				Si richiede piano di fabbricazione <input type="checkbox"/>	
PROTESI SCHELETRICA <input type="checkbox"/> Sup. <input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Oro <input type="checkbox"/> Wisil <input type="checkbox"/> Titanio <input type="checkbox"/> Attacchi <input type="checkbox"/> Ganci in resina			PROTESI MOBILE <input type="checkbox"/> Superiore <input type="checkbox"/> Inferiore Per complessivi denti..... <input type="checkbox"/> Prova <input type="checkbox"/> Finito		
PROTESI FISSA <input type="checkbox"/> Ceramica <input type="checkbox"/> Composito <input type="checkbox"/> Resina <input type="checkbox"/> Provvisorio <input type="checkbox"/> Oro 500% <input type="checkbox"/> Pd Ag <input type="checkbox"/> Titanio <input type="checkbox"/> CrCo Per complessivi denti..... <input type="checkbox"/> Prova <input type="checkbox"/> Finito			W-CAST (Armature) <input type="checkbox"/> Calcinabile <input type="checkbox"/> Green Check <input type="checkbox"/> CrCo <input type="checkbox"/> Titanio <input type="checkbox"/> Pd Ag <input type="checkbox"/> Oro 500%		
Everest Kavo <input type="checkbox"/> Zirconio <input type="checkbox"/> Poliammide <input type="checkbox"/> Green Check <input type="checkbox"/> Uniti <input type="checkbox"/> Separati Infiltrazione / Colore		CAD-CAM		Procera Nobel Biocare <input type="checkbox"/> Ponti e Corone <input type="checkbox"/> Abutment <input type="checkbox"/> Faccette e Maryland <input type="checkbox"/> Implant Bridge <input type="checkbox"/> Zirconio <input type="checkbox"/> Titanio <input type="checkbox"/> Allumina Tipo impianto..... <input type="checkbox"/> Piattaforma.....	

PROGETTO - Istruzioni e specifiche per protesi combinate, impianti, riparazioni

.....

18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	Data consegna	<input type="checkbox"/> Mattina <input type="checkbox"/> Pomeriggio
COLORE:		Luogo consegna	
TIMBRO E FIRMA DEL PRESCRITTORE		SPAZIO RISERVATO AL LABORATORIO P.I. ANT ART. CERE CORONE PROTESI ATTACCHI	
Dopo aver letto e compreso la nota informativa fornita a tergo della prescrizione ai sensi dell' Art. 13 del D. Lgs 196/2003 per le finalità d'informativa commerciale (punto 3 dell' informativa). <input type="checkbox"/> DÀ IL CONSENSO <input type="checkbox"/> NEGA IL CONSENSO FIRMA per il trattamento dei Suoi dati personali, la comunicazione degli stessi ai soggetti appartenenti alle categorie indicate nell'informativa e i loro correlati trattamenti, consapevole che il conferimento dei dati e il Suo consenso sono facoltativi e l'eventuale diniego non pregiudica il mantenimento dei rapporti con la WILOCS S.r.l.			

copia per il **LABORATORIO**

copia per il **PRESCRITTORE**