

<i>data</i>	<i>data consegna lav. finito</i>	<i>ore</i>
<i>Studio dentistico mittente</i> <i>Cod.</i>	<i>Laboratorio Ortodontico</i> Zocchelab Società Cooperativa Vicenza 36100 Via G. Lanza, 80 Tel. 0444/571880 Fax 0444/571871 Verona 37135 - Via Gorizia, 1C Tel. 045/8203626 Fax 045/5112331 P. IVA e C. F. 03802060248 Iscr. Reg. Imprese Vic. VI355317 Iscr. Reg. Fabb. M. Sanità ITCA01029406 www.zocchelab.com info@zocchelab.com	
<i>Medico richiedente</i>	<i>Numero Prescrizione</i>	
<i>Numero di iscrizione all'alba</i>		



SI RICHIEDE per il Paziente _____

Codice Fiscale _____ Sesso M F età _____

Allergie, malattie infettive, ecc. _____

Altri dispositivi già presenti in bocca _____

LA REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA

Con inseriti all'interno i seguenti accessori

Ganci	Archi	Viti	
Molle	Spine	Piano	
Alette	Figure	Colore	
Gomma	Caucciù	Vinilico	
Bande	Tubi	Attacchi	
Elastici	Gig	Bottoni	
Saldature	Attivo	Set-up	

Materiali allegati

Impronte in _____ sup. inf. disinfettate con _____

Modelli sup. inf. Masticazione: normale di costruzione Bande _____

Firma del Medico Richiedente _____

Per il Lab. Cod. Lav. N. _____

-Il dispositivo dovrà essere fornito in conformità alla conformità al Regolamento Dispositivi Medici (UE) 2017/745 (MDR)
 -Il trattamento dei dati del paziente dovrà rispettare i disposti del regolamento (UE) 2016/679 in materia di produzione dei dati personali (GDPR)
 -Il consenso al trattamento dei dati personali del paziente è già depositato presso il nostro studio.