

PRESCRIZIONE DI DISPOSITIVO ODONTOIATRICO SU MISURA
conforme alla Direttiva 93/42

Medico Prescrittore.....
Partita IVA.....
N. Iscrizione Albo.....
Provincia in cui si è iscritti.....
Studio.....
Ragione Sociale.....
Via.....
Città.....
Telefono.....

Laboratorio Odontotecnico MIRMECS snc
Via F.M. Farina, 13 71100 Foggia
P.IVA 03577060712

SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE

Cognome..... Nome..... Sesso..... Età.....

LA REALIZZAZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA

MATERIALI ALLEGATI

NOTE :

Segnalare intolleranze accertate o presunte; possibili problemi dovuti alla presenza di altri dispositivi; eventuali difficoltà manuali; tutto quanto si ritenga opportuno evidenziare per una realizzazione ottimale del manufatto protesico.

FIRMA