

Studio-Timbro per fatturazione:



LABORATORIO ODONTOTECNICO
Specializzato nel P.U.L.
"Propulsore Universale Light"
Iscr.Min.Sanità ITCA 01038664
R.E.A.422270
P.IVA 04460930235

Via Pietro Cossali 8/a
37136 Verona
Tel. 045-500297.

PRESCRIZIONE

MEDICO PRESCRITTORE..... Data...../...../..... N°.....

Paziente..... Et ..... Sesso M F

Tipologia facciale..... Quantit  di Overjet.....

Si allegano:

Modelli: sup inf

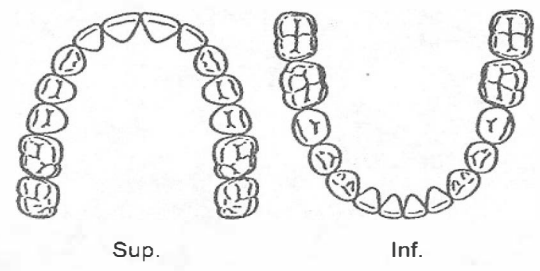
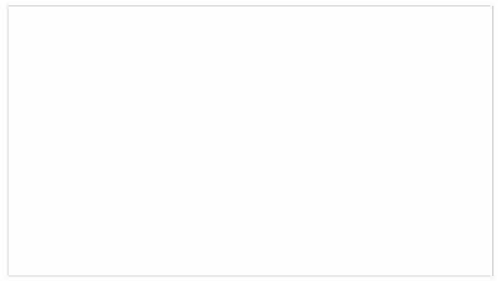
Impronte: sup. inf In (materiale)..... Prese il/...../..... Disinfettate: si no

Bande: si no Arco facciale: si no Altro:.....

Evitare l'uso dei materiali e sostanze seguenti.....

Si prescrive apparecchio tipo:
.....
.....

CONSEGNA PRESSO:



Ordinare:

- Cacciavite: si no
- Sacchetto di molle da 10: si no
- Modello PUL di dimostrazione: si no

FIRMA DEL MEDICO.....

DATA DI CONSEGNA.....