

# ZLECENIE WYKONANIA WYROBU MEDYCZNEGO NA ZAMÓWIENIE



ZLECAJĄCY:

GABINET ..... NUMER\* .....

LEKARZ ..... DATA PRZYJĘCIA\* .....

TELEFON .....

**pro.orto.dent**  
LABORATORIUM PROTETYKI  
I ORTODONCJI  
PRO-ORTO-DENT Sp. z o.o.  
Pl. Serkowskiego 10, 30-512 Kraków  
tel. (12) 656 70 55 ; 656- 43- 02  
labor.proortodent@gmail.com

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PESEL:

PŁEĆ:

..... lub

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

K	M
---	---

DATA POBRANIA WYCISKU

DZIEŃ	MIESIĄC	GODZ.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TERMIN ODDANIA PRACY

DZIEŃ	MIESIĄC	GODZ.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MODELE ROBOCZE

<input type="button" value="↑"/>	<input type="button" value="↓"/>
----------------------------------	----------------------------------

MODELE DIAGNOSTYCZNE

<input type="button" value="↑"/>	<input type="button" value="↓"/>
----------------------------------	----------------------------------

PODPIS LEKARZA ....., PODPIS TECHNIKA .....

**\*Wypełnia laboratorium**

**NAZWA WYROBU**

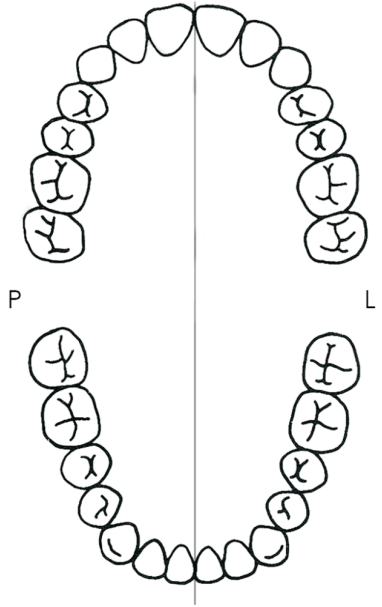
.....

**MATERIAŁ** ..... **ZĘBY**

.....

**ŚRUBY** ..... **KOLOR**

.....



8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
			V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V			
								-----								
			V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V			
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

**OPIS DODATKOWY:**

Uwaga: Zgodnie z art. 11 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. 2010 Nr 107, poz 679) do wykonanego przez wytwórcę na podstawie niniejszego zlecenia wyrobu, Wytwórca załącza oświadczenie o zgodności wyrobu z wymaganiami zasadniczymi sporządzone przez Wytwórcę celem przekazania przez zlecającego pacjentowi, dla którego wyrób został wykonany oraz instrukcji użycia wyrobu.