



ZLECENIE WYKONANIA WYROBU MEDYCZNEGO NA ZAMÓWIENIE

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

Data przyjęcia* :

Zlecający: Gabinet, Lekarz:

.....

.....

.....

Numer* :

Tel. (...-....).....;

.....

Imię i Nazwisko pacjenta:

.....

lub

Pesel:

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

Wiek:

--	--	--	--

Płeć:

K M

Wycisk z dnia

.....

Nazwa wyrobu:

.....

Właściwości:

Zalecenia:

.....

.....

.....

.....

.....

8 7 6 5 4 3 2 1

V IV III II I

V IV III II I

8 7 6 5 4 3 2 1

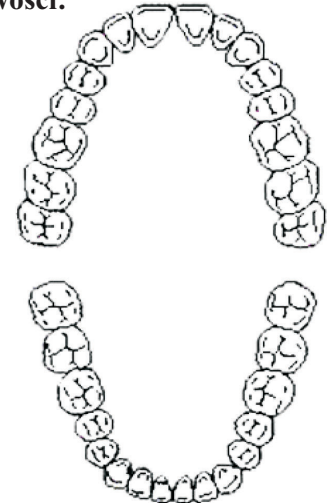
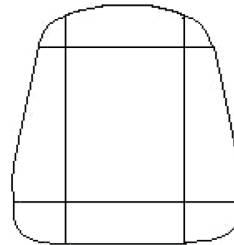
1 2 3 4 5 6 7 8

I II III IV V

I II III IV V

1 2 3 4 5 6 7 8

Kolor:



***Wypełnia laboratorium**

Termin wykonania:

Data, Godzina:	Etap:	Akceptuję poprawność wyk. Etapu. Podpis lekarza:

UWAGI:

Podpis Technika:

Podpis Zlecającego (pieczęć):

Uwaga: Zgodnie z art. 11 ustawy z dnia 20 maja 2010r. 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 używania wyrobu.