

**PRESCRIZIONE E PROGETTAZIONE CLINICA**

Mittente.....

Indirizzo.....Telefono.....

Cap e Città.....N° Inscrizione Albo.....

**SI RICHIEDE PER IL PAZIENTE**

Nome o codice \_\_\_\_\_ Note \_\_\_\_\_

**LA FABBRICAZIONE DEL DISPOSITIVO ODONTOIATRICO SU MISURA**

---



---



---



---

Desidero essere richiamato al numero.....

BANDE		ATTACCHI TIPO		ALTRO	
ALLEGATI		MORSO COSTRUZIONE		REGISTRAZIONE	
Modelli	Sup. <input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/>	Cera <input type="checkbox"/>	Silicone <input type="checkbox"/>	Arco Facciale	<input type="checkbox"/>
Modelli Studio	SI <input type="checkbox"/>	<b>FOTO/RADIOGRAFIA</b>		Placche di registrazione	<input type="checkbox"/>
Imp. Disinfettate	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Foto <input type="checkbox"/>	Radiografia <input type="checkbox"/>	Tracciato tipo:	

CONSEGNA PER IL GIORNO

LUOGO CONSEGNA

FIRMA PRESCRITTORE

**I giorni lavorativi** occorrenti per la realizzazione dei dispositivi sono **5 gg.** per placche mobili **9 gg.** per dispositivi fissi saldati **12 gg.** per apparecchiature funzionali **21 gg.** per Arc Angel  
**Per eventuali urgenze contattare il laboratorio al numero 0532.742255**