PRESCRIZIONE MEDICA PER DISPOSITIVO ORTODONTICO SU MISURA INDIVIDUALE

❑ Nuova prescizione

DATA

N°

Dati prescrivente

Fatturare a:

ato S.r.l.

Piazzale della Stazione di Castel Fusano 6/7 - 00122 Roma
tel/fax +39 06 78349726
e-mail: imbrognofabio@yahoo.it - pec: ato.roma@legamail.it
P.IVA/c.F. 12345031004 - REA - N. RM1367760
ITCA N. 01029708

DATI PAZIENTE

Nome Cognome o
Codice Fiscale _____

sesso M F

Realizzare il dispositivo medico su misura denominato

.....

.....

.....

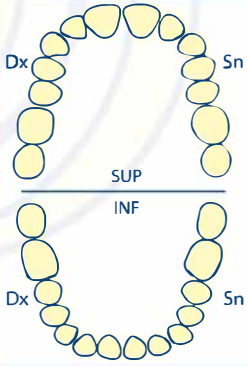
.....

.....

.....

.....

Colore Apparecchio



Note (allergie, etc.)

Si allega:
❑ Impronte ❑ Sup. ❑ Inf.
❑ Cera abituale
❑ Modelli ❑ Sup. ❑ Inf.
❑ Cera costruzione
❑ Arco facciale
❑ Attacchi
❑ Bande _____
❑ Rx orto/tele
❑ Rif. Cefalometrici

Altro

Consegnare il

Luogo della consegna

❑ Si desidera essere chiamati al numero

Firma del prescrivente