

ZLECENIE WYKONANIA WYROBU NA ZAMÓWIENIE

Wytwórca: „VIDENT” Laboratorium Dentystyczne
Marcin Słowiak
 os. Boh. Wrzeźnia 1/3g,
 31-620 Kraków
 tel. 12/645-93-33; 501 49 68 12
www.vident-labor.pl
 mail: slowiak@vident-labor.pl

Data przyjęcia*:
Zlecający: Gabinet, Lekarz:
Numer zlecenia:

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

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

Płeć: K M

Wycisk z dnia

Nazwa wyrobu:

Właściwości:

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8



Kolor:	<input type="radio"/> Vita Classic <input type="radio"/> Chromascop <input type="radio"/> Mifam	<input type="radio"/> Stop Cr-Co <input type="radio"/> Pełna ceramika <input type="radio"/> Cyrkon <input type="radio"/> Kompozyt
--------	---	--



Termin wykonania:

Data, godzina	Etap pracy	Termin wykonania:

Dołączono do pracy:

- 1.
- 2.
- 3.

Podpis Zlecającego (pieczęć):

*Wypełnia laboratorium

Uwaga: Zgodnie z art. 11 ustawy z dnia 20 maja 2001r. 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.