ZLECENIE WYKONANIA WYROBU NA ZAMÓWIENIE

Wytwórca:

LABORATORIUM TECHNIKI DENTYSTYCZNEJ

JOLANTA WOŹNIAK

Tel. 123994062 126368389 698626822

JWLABORKOLOR@GMAIL.COM JWLABOR@POCZTA.FM

Data przyjęcia*: .....

Zlecający: Gabinet, Lekarz:

Numer*:

Oznaczenie pacjenta:

.....

Płeć: K ☐ M ☐

Wycisk z dnia .....

Nazwa wyrobu:

.....

Zalecenia:

.....

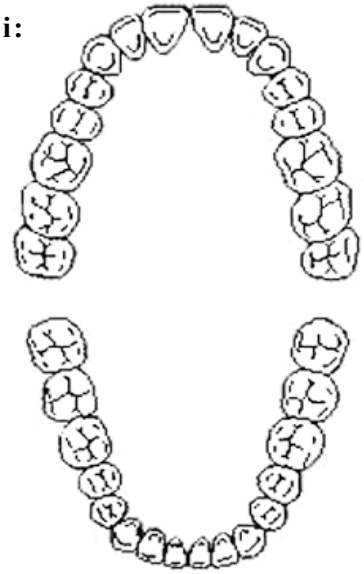
.....

.....

.....

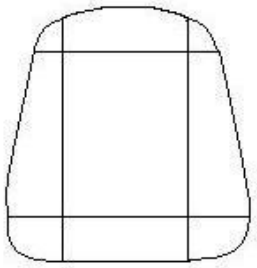
.....

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:



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

Termin wykonania:

Podpis Zlecającego (pieczęć):

***Wypełnia laboratorium**

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.