



PRESCRIZIONE MEDICA

Al laboratorio TEOR tecnologia ortodontica
Via Circonvallazione Occidentale 80
Rimini. 47923
T. 0541785120. Cell 3516141685
Mail: info@teorsrl.it
M: teor.scansioni@gmail.com
Iscr. Min.sanita' ITCA 01053586

STUDIO : _____
ODONTOIATRA RICHIEDENTE: _____
PRESCRIZIONE N.: _____ DATA: _____
RIFERIMENTO PAZIENTE O CODICE: _____

ORTODONZIA

Si richiede l'esecuzione di un dispositivo medico ortodontico su misura

DATA DI CONSEGNA
IN STUDIO

ODONTOIATRA RICHIEDENTE
FIRMA

N.B. in ottemperanza alla direttiva 93/742/CEE-Dgls 46/97, la prescrizione deve essere compilata in duplice copia . E necessaria ai fini di legge per il rilascio della dichiarazione del fabbricante