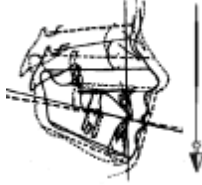


**INTEGRAZIONE
DELLA
PRESCRIZIONE MEDICA**

Numero.....Del:

Studio Richiedente

Timbro



ORTOVERT
LABORATORIO
ORTODONTICO
di Gubbini Giorgio
06129 PERUGIA-Via Settevalli

Per il paziente:.....

si invia come da vostra richiesta i seguenti dati e/o informazioni necessarie per la corretta realizzazione del dispositivo in questione

Note.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Si allega: **MODELLI** **IMPRONTE** **CERE D'OCCLUSIONE** **R.X.**

ALTRO.....

.....

Nuova consegna.....

IL Prescrittore
Timbro e Firma

Iscrizione albo n: