

Dane Zamawiającego

Nazwa Laboratorium / Pieczętka

Adres

Telefon

Adres e-mail

Nazwisko pacjenta

Dane do faktury

Pełna nazwa

Adres

NIP

RODZAJ PRACY (wypełnia Zamawiający)

		Ilość (szt.)	Symbol	
<input type="checkbox"/>	MODEL PROTETYCZNY	.....	DDMP	
<input type="checkbox"/>	SŁUPEK W MODELU	.....	DDMPS	
<input type="checkbox"/>	MODEL PROTETYCZNY CZĘŚCIOWY	.....	DDMPC	
<input type="checkbox"/>	MODEL ORTODONTYCZNY	.....	DDMO	
<input type="checkbox"/>	SZABLON CHIRURGICZNY	.....	DDSZCH	
<input type="checkbox"/>	TULEJKA W SZABLONIE	.....	DDTSC	
<input type="checkbox"/>	SZYNA TRANSFEROWA	.....	DDSZTR	
<input type="checkbox"/>	SZYNA RELAKSACYJNA	.....	DDSZREL	
<input type="checkbox"/>	SZYNA RETENCYJNA	.....	DDSZRET	
<input type="checkbox"/>	STRUKTURA DO ODLEWU	.....	DDSDO	
<input type="checkbox"/>	PLYTA PROTEZY	.....	DDPP	
<input type="checkbox"/>	WKŁAD KORONOWO-KORZENIOWY	.....	DDWKK	
<input type="checkbox"/>	KORONA TYMCZASOWA (KOLOR A3,5)	.....	DDKT	

MATERIAL (wypełnia Denon Dental)

BEGO VARSEO

<input type="checkbox"/>	BEGO Varseo MODEL	
<input type="checkbox"/>	BEGO Varseo SPLINT	
<input type="checkbox"/>	BEGO Varseo SURGICAL GUIDE	
<input type="checkbox"/>	BEGO Varseo CAD/CAST	
<input type="checkbox"/>	BEGO Varseo TRAY	

SCHEU-DENTAL

<input type="checkbox"/>	SD IMPRIMO LC MODEL	
<input type="checkbox"/>	SD IMPRIMO LC SPLINT	
<input type="checkbox"/>	SD IMPRIMO LC IMPRESSION	

NEXT DENT

<input type="checkbox"/>	Next Dent BASE	
<input type="checkbox"/>	Next Dent C&B	
<input type="checkbox"/>	Next Dent MODEL	
<input type="checkbox"/>	Next Dent ORTHO	
<input type="checkbox"/>	Next Dent ORTHO CLEAR	
<input type="checkbox"/>	Next Dent ORTHO RIGID	
<input type="checkbox"/>	Next Dent ORTHO IST	
<input type="checkbox"/>	Next Dent SURGICAL GUIDE	
<input type="checkbox"/>	Next Dent TRAY (niebieski)	
<input type="checkbox"/>	Next Dent TRAY (różowy)	
<input type="checkbox"/>	Next Dent CAST	
<input type="checkbox"/>	Next Dent GINGIVA MASK	

W przypadku zlecenia wydruku **mostu tymczasowego** należy podać sumę wszystkich punktów w moście jako korony tymczasowe (**DDKT**)

Uwagi dodatkowe do zamówienia:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji zamówienia. Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte w regulaminie zamówień CAD/CAM w Denon Dental. Potwierdzam prawidłowość wypełnionych informacji i zlecam do wykonania opisaną pracę wraz z obowiązkiem zapłaty.

.....
Czytelny podpis Zamawiającego

Denon Dental Sp. z o.o .

ul. Kolejowa 49 | 05-520 Konstancin-Jeziorna

Tel. 22 717 58 70 e-mail: cad-cam@dental.pl

www.dental.pl | www.dentalshop.pl