

* Besöksadress: Tjärhovsgatan 40 * Postadress: Box 4294 ; 102 66 Stockholm
 * Telefon **08-640 90 95; 08-640 90 91** * Mail: **info@newdent.se** * Org.nr:559186-6644
Beställning av en specialanpassad produkt som uppfyller de allmänna kraven i bilaga 1, MDR 2017/745

Beställningsdat.	Från tandläkare																
																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="8">Patientens personnummer</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	Patientens personnummer															
	Patientens personnummer																
Patientens namn																	
.....																	
Specialanpassad produkt exklusivt framtagen för denna patient																	

Arbetets art:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Färg enl. Nr Telefonkontakt för vidare information önskas

.....

Tandläkarens underskrift

WWW.NEWDENT.SE

1. Provasdagen den klockan	Slutkontroll av ansvariga tekniker:
2. Provasdagen den klockan	
3. Provasdagen den klockan	
4. Provasdagen den klockan	
Denna specialanpassade produkt uppfyller de allmänna kraven i bilaga 1, MDR 2017/745. För ej uppfyllda allmänna krav, samt orsak till det, se baksida på beställningssedeln.	