

**PROHLÁŠENÍ O ZDRAVOTNICKÉM PROSTŘEDKU číslo**

Ošetřující lékař:

Vystaveno dne:

Podpis:

Zubní laboratoř:

Přijato dne:

Podpis:

Pacient

Číslo pojištění

|  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  | / |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|

**ZADÁNÍ ZAKÁZKOVÉHO ZDRAVOTNICKÉHO PROSTŘEDKU – VÝROBKU**

| Kód        | Množství | Název |
|------------|----------|-------|
|            |          |       |
|            |          |       |
|            |          |       |
|            |          |       |
|            |          |       |
|            |          |       |
|            |          |       |
|            |          |       |
| Zkouška    |          |       |
| Dohotovení |          |       |

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Barva

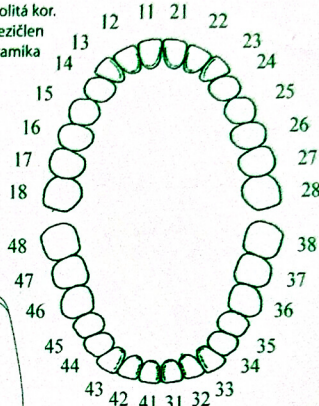


F - fazetovaná kor.

K - celolitá kor.

M - mezičlen

P - keramika

**DODACÍ LIST PRO ZUBNÍ ORDINACI A ZUBNÍHO LÉKAŘE**

číslo

| Kód | Množství | Cena |
|-----|----------|------|
|     |          |      |
|     |          |      |
|     |          |      |
|     |          |      |
|     |          |      |
|     |          |      |
|     |          |      |

Materiálové složení zdravotnického prostředku:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Zdravotnický prostředek, který je určen pro výlučné použití uvedeným pacientem, je ve shodě s obecnými požadavky na bezpečnost i účinnost stanovenými v příloze I a řídí se postupem určeným přílohou XIII dle nařízení (EU) 2017/745.

Subdodavatel:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

Zubní laboratoř

Zubní ordinace – ošetřující lékař

Podpis zubního technika .....

Předáno dne .....

Podpis pacienta .....

Převzato dne .....