Beställningssedel för specialanpassad produkt enligt LVFS 2003:11

ceradent tandteknik

Box 536, 651 12 KARLSTAD. Tel +46 (0)54 15 90 03. Besöksadress: Rosenbadsgatan 5.
e-mail: info@ceradent.se web: www.ceradent.se

Tandläkare:	Best datum:
Patient:	Personnummer:

	Datum	Kl	Tekn. sign	
1.				Färg:
2.				
3.				Form:
4.				
5.				För individuella karakteriseringar se baksidan.
6.				

Arbetets art:

.....

.....

.....

.....

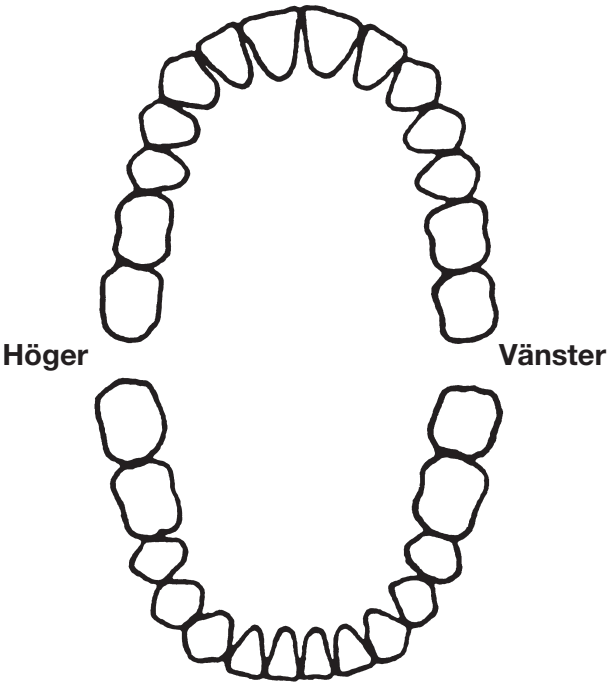
..... V.g. vänd.

Härmed intygas att produkten, exklusivt framtagen för patienten ovan uppfyller de tillämpliga kraven i lagen (1993:584) om medicintekniska produkter, samt de väsentliga kraven i bilaga 1 och 8 i Läkemedelverkets föreskrifter LVFS 2003:11

Best tandläkares underskrift

Ansvarig teknikers underskrift

KONSTRUKTIONSFÖRSLAG



ARVODE

Kod	Åtgärd nr	Tandbeteckning/Arbetsbeskrivning	Antal/Minuter

MATERIEL

Kod	Art.nr	Produktnamn	Antal/Gram

Anteckningar

Tryckeri AB Knappen, Karlstad