

PRESCRIPCIÓN PARA LABORATORIO

Orden de trabajo: _____

(A cumplimentar por Ziacor®)

Ziacor CAD-CAM SL

Calle Búhos, 2 · 28320 Pinto - Madrid - ESPAÑA
C.I.F.: B-87402376 | VAT No.: ESB-87402376

***DATOS OBLIGATORIOS PARA LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO**

DATOS LABORATORIO	DATOS PACIENTE / ARCHIVO
* Nombre laboratorio <input style="width: 150px;" type="text"/>	* Nº identificación <input style="width: 150px;" type="text"/>

ELIJA ENTRE LAS SIGUIENTES DOS OPCIONES (IMPORTANTE: solo una opción por documento)

1. ENVÍO ARCHIVOS STL

* **Material y proceso de la prótesis solicitada** | **IMPORTANTE:** elegir uno de los materiales

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Zirconio translúcido | <input type="radio"/> Cr-Co sinterizado | <input type="radio"/> IPS e.max mecanizado |
| <input type="radio"/> Zirconio extra-translúcido multicapa | <input type="radio"/> Cr-Co sinterofresado | <input type="radio"/> Nano-Composite |
| <input type="radio"/> Titanio | <input type="radio"/> PMMA | <input type="radio"/> Esquelético |
| <input type="radio"/> Cr-Co fresado | <input type="radio"/> PEEK | |



OBSERVACIONES

2. ENVÍO DE MODELO PARA REALIZAR DISEÑO

* **Material y proceso de la prótesis solicitada** | **IMPORTANTE:** elegir uno de los materiales

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Zirconio translúcido | <input type="radio"/> Cr-Co sinterizado | <input type="radio"/> IPS e.max mecanizado |
| <input type="radio"/> Zirconio extra-translúcido multicapa | <input type="radio"/> Cr-Co sinterofresado | <input type="radio"/> Nano-Composite |
| <input type="radio"/> Titanio | <input type="radio"/> PMMA | <input type="radio"/> Esquelético |
| <input type="radio"/> Cr-Co fresado | <input type="radio"/> PEEK | |



* **Tipo de acabado:** * Corona individual * Puente * Cofia * Monolítico

* **Tipo de prueba:**

Diseño de pónico **Diseño de barra** OBSERVACIONES

<input type="radio"/> Higiénico	<input type="radio"/> Higiénico total	<input type="radio"/> Pico de flauta	<input type="radio"/> Silla de montar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Otro
---------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	----------------------------

IMPORTANTE: en caso de no indicarse tipo de diseño específico, se aplicará el indicado por defecto

- Deseo realizar la revisión del diseño por escrito, ya he dado mi aprobación por otro medio.
- Deseo confirmar el presupuesto por escrito, ya he dado mi aprobación por otro medio.

NOTA: en caso de que el cliente marque alguna de las casillas anteriores, Ziacor CAD-CAM SL enviará tanto los diseños como los presupuestos al cliente como información, y procederá a realizar los trabajos una vez se tenga la conformidad del cliente con las opciones marcadas.

FIRMA

Protección de Datos: **RESPONSABLE:** Ziacor Medical Group SL. **FINALIDAD:** Realizar la actividad propia del contrato o la relación comercial suscrita por las partes. **LEGITIMACIÓN:** La relación contractual o precontractual entre las partes (RGPD art.6.1b) y el interés legítimo del responsable de tratamiento (RGPD art.6.1f). **CESIONES:** Empresas del grupo y obligaciones legales. No se prevén transferencias internacionales de los datos. **CONSERVACIÓN:** Durante la vigencia del contrato o relación comercial y durante los plazos legalmente establecidos. **DERECHOS:** Puede ejercer sus derechos de protección de datos en juridico@ziacom.com o en nuestra dirección postal. Más información en www.ziacor.com/politica-de-privacidad.

