|  |
| --- |
| 1-HASTAYA AİT BİLGİLER |
| Hasta Adı, Soyadı: |
| Hasta TC No: |
| Telefon : |

|  |  |
| --- | --- |
| **2-MEDİKAL İHTİYACI BİLDİRENLERE AİT BİLGİLER** | |
| **İhtiyacı Bildiren Hekimin Adı Soyadı:** | |
| **Hekimin Diploma Tescil Numarası:** | |
| **Hekimin Tel/E-mail:** | |
| **SGK Tesis Kodu:** | |
| **3-ÜRÜNE AİT BİLGİLER** | |
| **Ürünün Adı:** | |
| **Ürünün Amacı ve Kullanım Yeri:** | |
| **Ürüne Ait Dijital Veri Adı/Kodu:**  *(STL, DICOM Dosya Adı/Son Güncellenme Tarihi, yazılmalıdır. Görüntü kesit kalınlığının kranial ihtiyaçlar için en fazla 0.5 mm, alt ekstremite ihtiyaçları için en fazla 1 mm olması gerekmektedir.)* | **Hekim Notu** |
| **Ürünün Malzeme Türü Seçimi:**  **Metal (**Titanyum**)**  **Plastik (** ☐SLA**)** | |
| **Ürün Üzerinde Sterilizasyon İşlemi İsteniyormu**  Evet Hayır | |
| **Analiz/Hizmet/Ürünün Sonuçlarının Gönderi Türü Seçimi:** ☐ Elden ☐ Kargo ☐ e-posta | |
| **Ürünün Gönderileceği Adres:** | |
| **4-FATURA BİLGİLERİ** | |
| Fatura Düzenlenecek Kişi / Kurum Adı:  **Fatura Adresi:** | |
| **TC No /Vergi No, Vergi Dairesi:** | |

**Tarih: ……/……../…….**

**Kaşe / İmza:**