|  |
| --- |
|  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:**