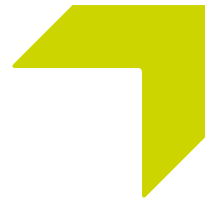


Dziennik druku 3D

dla zatwierdzonych procedur cyfrowych firmy DMG



Szczegóły zamówienia

Praktyka stomatologiczna Laboratorium

Nazwa gabinetu stomatologicznego/laboratorium _____

Numer zamówienia _____

Ulica _____

Ident. pacjenta _____

Miejscowość /
kod pocztowy _____

Data druku _____

Telefon _____

Osoba odpowiedzialna _____

Użyte urządzenia

Nr seryjny _____

Nr seryjny _____

Nr seryjny _____

Inne, należy podać

Nr seryjny _____

Konserwacja/kalibracja

Data ostatniej kalibracji czujnika ACCS _____

Data ostatniej kalibracji drukarki _____

Data ostatniej konserwacji
wymienionych powyżej urządzeń _____

Zastosowane materiały

firmy DMG _____

Numer PARTII _____

Inne _____

Numer PARTII/serii _____

Wydrukowany obiekt utworzony dla powyższego ident. pacjenta został wyprodukowany przy użyciu urządzeń i materiałów wymienionych powyżej. Sekwencja i parametry określone dla wskazanego materiału były w pełni zgodne z zatwierdzoną przez firmę DMG procedurą, zgodnie z zaleceniami firmy DMG.

Data

Podpis

Pieczęć opcjonalnie