



# 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 \_\_\_\_\_

<b>Użyte urządzenia</b> <input type="checkbox"/> <b>DMG 3Demax</b> Nr seryjny _____ <input type="checkbox"/> <b>DMG 3Delite</b> Nr seryjny _____ <input type="checkbox"/> <b>DMG 3Dewash</b> Nr seryjny _____ <input type="checkbox"/> <b>DMG 3Decure</b> Nr seryjny _____	<input type="checkbox"/> <b>Inne, należy podać</b> _____ _____ Nr seryjny _____
<b>Konserwacja/kalibracja</b> <b>Data ostatniej kalibracji czujnika ACCS</b> _____ <b>Data ostatniej kalibracji drukarki</b> _____ <b>Data ostatniej konserwacji wymienionych powyżej urządzeń</b> _____	
<b>Zastosowane materiały</b> <input type="checkbox"/> <b>firmy DMG</b> _____ Numer PARTII    _____	<input type="checkbox"/> <b>Inne</b> _____ _____ 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