



Data...../...../.....

Paziente..... Eta'..... (F) (M)

Dispositivo Richiesto:

Colore Gadget.....

Malattie Infettive: (SI) (NO) Impronte Disinfettate: (SI) (NO)

Allergie: (SI) (NO) Quali.....

In base al decreto legislativo n° 196/03 il/la sottoscritto/a.....autorizzo lo studio
dentistico.....a conferire i miei dati personali a Functional Research s.r.l.

In Fede

Firma del Medico o dell'Odontoiatra

Data Consegna..... Ora.....



Data...../...../.....

Paziente..... Eta'..... (F) (M)

Dispositivo Richiesto:

Colore Gadget.....

Malattie Infettive: (SI) (NO) Impronte Disinfettate: (SI) (NO)

Allergie: (SI) (NO) Quali.....

In base al decreto legislativo n° 196/03 il/la sottoscritto/a.....autorizzo lo studio
dentistico.....a conferire i miei dati personali a Functional Research s.r.l.

In Fede

Firma del Medico o dell'Odontoiatra

Data Consegna..... Ora.....