

ETAPE
CHIRURGICALE
- CACHET DU
PRATICIEN

INFORMATIONS
RELATIVES AU
PATIENT

Nom du patient _____

N° et rue _____

Ville _____

Département _____

Code Postal _____

Pays _____

Téléphone _____

Fax _____

E-mail _____

MC-IMPFR Rev.6

www.misimplants.fr



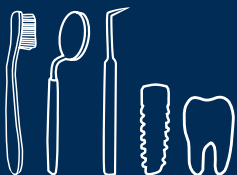
Le système de qualité MIS est conforme aux normes de qualité internationales ISO 13485:2003 - Système de gestion de la qualité pour les dispositifs médicaux ISO 9001 : 2008 - Système de gestion de la qualité et Directive CE pour les dispositifs médicaux 93/42/CEE. Les produits MIS sont autorisés à la commercialisation aux USA et sont approuvés CE.

mis[®]

©MIS Corporation. All Rights Reserved.

mis[®]

INFORMATIONS
RELATIVES A LA
CHIRURGIE ET A LA
PROTHESE



Dent n° :

Date :

Etiquette avec numéro
de série de l'implant

Dent n° :

Date :

Etiquette avec numéro
de série de l'implant

Dent n° :

Date :

Etiquette avec numéro
de série de l'implant

Dent n° :

Date :

Etiquette avec numéro
de série de l'implant

Dent n° :

Date :

Etiquette avec numéro
de série de l'implant

Dent n° :

Date :

Etiquette avec numéro
de série de l'implant

Dent n° :

Date :

Etiquette avec numéro
de série de l'implant

Dent n° :

Date :

Etiquette avec numéro
de série de l'implant

Dent n° :

Date :

Etiquette avec numéro
de série de l'implant

Dent n° :

Date :

Etiquette avec numéro
de série de l'implant

Dent n° :

Date :

Etiquette avec numéro
de série de l'implant

Dent n° :

Date :

Etiquette avec numéro
de série de l'implant