
MODULO RICHIESTA ANESTETICO

(Inviare via fax allo 06/72640322 o via mail a italia-ordini@dentsplysirona.com)



Spett.le
Dentsply Sirona Italia
s.r.l. P.zza Indipendenza,
11/b 00185 Roma

Io sottoscritto, responsabile sanitario della struttura, richiedo
per uso odontoiatrico (indicare quantità):

- n. conf. Oraqix® 25/25 mg/g Gel Periodontale lidocaina e prilocaina **Cod. 66312020IT**
- n. conf. Alfacaina 40 mg/ml soluzione iniettabile con adrenalina 1:200000 **Cod. S021203**
- n. conf. Alfacaina 40 mg/ml soluzione iniettabile con adrenalina 1:100000 **Cod. S021213**
- n. conf. Carboplyina 20 mg/ml soluzione iniettabile (rossa) **Cod. AN119195**
- n. conf. Carboplyina 30 mg/ml soluzione iniettabile (verde) **Cod. AN119155**

Data

.....

Timbro e firma

.....
