

Objednávkový formulář k laboratorní práci

Dummy pro autotransplantaci



Příjmení:	Jméno:	Datum narození:	ID zakázky

Fakturační údaje:	
Osoba/společnost:	
Fakturační adresa:	
Dodací adresa:	
Kontaktní osoba:	
Tel.:	
E-mail:	

Laboratorní práce:
Dummy pro autotransplantace (A017) 3D tištěný biokompatibilní model zubu z CBCT snímku
Požadovaná vstupní data: CBCT snímek ve formátu DICOM

Zadání:
Zub(y):
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Poznámky: