

Ziacom Medical SL
Calle Búhos, 2
28320 Pinto - Madrid - ESPAÑA
Tfno.: +34 91 723 33 06
info@ziacom.com - www.ziacom.com
C.I.F.: B-84115195 | VAT No.: ESB-84115195

Fecha de cirugía:

Nº historia:

Datos del Doctor/a: Nombre: Apellido:

Contacto: Teléfono: Email:

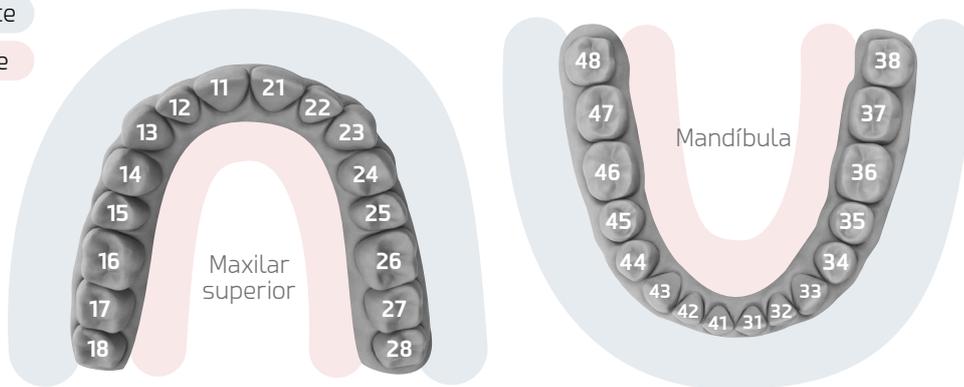
Dirección: CL/Plz./Av.:

Nº: Portal: Piso/Pta: Provincia:

Localidad: C.P.:

Odontograma

- Localización implante
- Extracción implante



Localización de implantes

Nº Pieza Implante Diámetro Longitud

Protección de Datos. **RESPONSABLE:** Ziacom Medical SL. **FINALIDAD:** Realizar la actividad propia del contrato o la relación comercial suscrita por las partes. **LEGITIMACIÓN:** La relación contractual o precontractual entre las partes (RGPD art.6.1b) y el interés legítimo del responsable de tratamiento (RGPD art.6.1f). **CESIONES:** Empresas del grupo y obligaciones legales. No se prevén transferencias internacionales de los datos. **CONSERVACIÓN:** Durante la vigencia del contrato o relación comercial y durante los plazos legalmente establecidos. **DERECHOS:** Puede ejercer sus derechos de protección de datos en juridico@ziacom.com o en nuestra dirección postal. Más información en www.ziacom.com/politica-de-privacidad.

TIPO DE GUÍA SOLICITADA



OBSERVACIONES

INFORMACIÓN ENVIADA A ZIACOM®3D

Escaneado intraoral (Formato .STL)

Archivo DICOM

MATERIAL ADICIONAL

IMPORTANTE: El servicio proporcionado por el centro de simulación Ziacom®3D no sustituye en ningún caso el servicio profesional cualificado de un odontólogo/estomatólogo en la realización de diagnósticos, pronósticos y planes de tratamiento.

- Los plazos de la realización de la simulación serán de 2 días hábiles desde la recepción completa de todos los archivos necesarios. Tras la validación de la simulación, se enviará la guía en un plazo de 3 días a la dirección indica en la Hoja de Pedido, salvo indicación expresa del solicitante.
- El envío de este documento cumplimentado, así como la validación del caso vía correo electrónico, implica la aceptación por parte del facultativo y/u odontólogo de las mismas
- No se realizará ningún trabajo sin la firma de aceptación de la simulación por parte del colegiado solicitante.

En _____, a _____ de _____ de 20____.

Nº de Colegiado: _____

FIRMA

Protección de Datos. **RESPONSABLE:** Ziacom Medical SL. **FINALIDAD:** Realizar la actividad propia del contrato o la relación comercial suscrita por las partes. **LEGITIMACIÓN:** La relación contractual o precontractual entre las partes (RGPD art.6.1b) y el interés legítimo del responsable de tratamiento (RGPD art.6.1f). **CESIONES:** Empresas del grupo y obligaciones legales. No se prevén transferencias internacionales de los datos. **CONSERVACIÓN:** Durante la vigencia del contrato o relación comercial y durante los plazos legalmente establecidos. **DERECHOS:** Puede ejercer sus derechos de protección de datos en juridico@ziacom.com o en nuestra dirección postal. Más información en www.ziacom.com/politica-de-privacidad.