|  |
| --- |
| 1-TALEP EDENE AİT BİLGİLER |
| Talep Edenin Adı, Soyadı: | Çalıştığı Kurum: |
| TC No:  | E-posta: |
| Telefon: |  |

|  |
| --- |
| **2-MEDİKAL İHTİYACI BİLDİRENLERE AİT BİLGİLER**  |
| **İhtiyacı Bildiren Hekimin Adı:** |
| **Hekimin İletişim Bilgileri:** |
| **3-ÜRÜNE AİT BİLGİLER** |
| **Ürünün Adı:** |
| **Ürünün Amacı ve Kullanım Yeri:** |
| **Ürüne Ait Dijital Veri Adı/Kodu:** *(STL, DICOM Dosya Adı/Son Güncellenme Tarihi, yazılmalıdır. Dijital verinin tıbbi görüntü verisi (DICOM) olması durumunda tasarımın sağlıklı bir şekilde yapılabilmesi için görüntü kesit kalınlığının kranial ihtiyaçlar için en fazla 0.5 mm, alt ekstremite ihtiyaçları için en fazla 1 mm olması gerekmektedir.)* |   **Hekim Notu** |
| **Ürünün Malzeme Türü Seçimi:** **Metal(**[ ] CoCr , [x] Titanyum**)** **FDM(**[ ] ABS, [ ] PLA, [ ] TPU, [ ] PP, [ ] PA, [ ] GF30PA, [ ] CPE, [ ] ASA, [ ] TOUGHPLA, [ ] PC**)** **SLA(** ☐Clear, ☐Gray, ☐Tough, ☐White, ☐Temporary, ☐HighTemp, ☐Rigid, ☐Castable, ☐Dental, ☐Flexible **)** **DLP(** ☐Şeffaf Reçine **)** |
| **Ürün Üzerinde Sterilizasyon İşlemi İsteniyormu**  [ ] Evet [ ] Hayır |
| **Analiz/Hizmet/Ürünün Sonuçlarının Gönderi Türü Seçimi:** ☐ Elden ☐ Kargo ☐ e-posta  |
| **Gönderilecek Adres:** |
| **4-FATURA BİLGİLERİ** |
| Fatura Düzenlenecek Kişi / Kurum Adı:Proje No (Varsa): **Fatura Adresi:**  |
| **TC No /Vergi No, Vergi Dairesi:**  |

 **Tarih: ……/……../…….**

 **İmza:**