Modulo d'Ordine dei Biomateriali

AlloDerm® - Matrice di Tessuto Rigenerativo			
Articolo	**Descrizione**	**Prezzo**	**Quantità**
AlloDerm 1x1	1cm x 1cm	€ 89,00	
AlloDerm 1x2	1cm x 2cm	€ 129,00	
AlloDerm 1x4	1cm x 4cm	€ 194,00	
AlloDerm 2x4	2cm x 4cm	€ 249,00	

AlloDerm® GBR™ – Rigenerazione Ossea Guidata			
Articolo	**Descrizione**	**Prezzo**	**Quantità**
AL-GBR-1X1	1cm x 1cm	€ 89,00	
AL-GBR-1X2	1cm x 2cm	€ 129,00	
AL-GBR-1X4	1cm x 4cm	€ 194,00	
AL-GBR-2X2	2cm x 2cm	€ 194,00	
AL-GBR-2X4	2cm x 4cm	€ 249,00	

Grafton® – Matrice di Osso Demineralizzato			
Articolo	**Descrizione**	**Prezzo**	**Quantità**
GR-MTX (5 pz.)	Cubetti 8x8x10 mm	€ 595,00	
GR-PT.5	0.5cc putty	€ 119,00	
GR-PT1	1.0cc putty	€ 215,00	
GR-PT2.5	2.5cc putty	€ 453,00	
GR-SYR.25 (2 pz.)	0.25cc putty in siringa (2pz)	€ 165,00	

MinerOss® – Frammenti Corticali e Spungiosi			
Articolo	**Descrizione**	**Prezzo**	**Quantità**
MO-C0.5	0.5cc	€ 75,00	
MO-C1.0	1.0cc	€ 105,00	
MO-2.5	2.5cc	€ 209,00	

Nome e Cognome _____ **Azienda** _____

Partita Iva ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Indirizzo di Fatturazione** _____

Indirizzo di Spedizione (se diverso da quello di fatturazione) _____

Telefono _____ **Fax** _____ **E-Mail** _____

Tipologia Carta di Credito ☐ **Visa** ☐ **Mastercard** ☐ **AmericanExpress** ☐ **Diners**

Numero Carta di Credito _____ **Scadenza** _____ **CCV*** _____

Intestatario _____

ID CLIENTE (se già registrato) _____

Note: _____

*Il codice CCV è un codice segreto e sono le ultime 3 cifre che si trovano sul retro della carta di credito.

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196, recante il Codice in materia di protezione dei dati personali. Ai sensi dell'articolo 13 del citato decreto legislativo recante disposizioni in materia di protezione dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei volontariamente forniti per l'attivazione dei servizi richiesti saranno trattati adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata.

Da inviare compilato e firmato al fax **06 87440377**
o all'indirizzo mail **maria.bruselles@classimplant.com**

Firma _____