

Protesi **Straumann® CARES®**

# Modulo di preventivo per evento assicurato (file XML)

RICHIEDENTE	
Studio*:	
Numero GLN / EAN:	

PAZIENTE <sup>1</sup>			
Cognome*:			
Nome*:			
Via:			
NPA:		Luogo:	
Data di nascita:		Sesso*:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Data del sinistro:		Sinistro n.:	
AVS n.:		Legge (ad es. LAINF)*:	

INCARICO LABORATORIO RICHiesto PER IL PREVENTIVO*:

\*Campi obbligatori



Si prega di inviare il modulo compilato a:  
[service.ch@etkon-dental.com](mailto:service.ch@etkon-dental.com)

<sup>1</sup>Per la trasmissione dei dati personali del paziente a noi, esiste un consenso del paziente.

Informativa sulla protezione dei dati personali: senza il Suo ulteriore consenso, l'Ufficio Vendite dell'Institut Straumann AG Svizzera, Basilea (CH), l'Institut Straumann AG International Headquarters, Basilea (CH) e i relativi fornitori di servizi utilizzeranno i Suoi dati personali per evadere le Sue richieste e i Suoi ordini, per analisi clienti, concorsi e pubblicità scritta per posta. I nostri clienti commerciali riceveranno anche informazioni riguardanti i nostri prodotti e servizi, nonché indagini sulla soddisfazione della clientela ed eventi in ambito odontoiatrico.

Se Lei si oppone al trattamento dei Suoi dati per scopi pubblicitari o ricerche di mercato, oppure desidera revocare il Suo consenso, sarà sufficiente inviare in qualsiasi momento un messaggio al nostro garante per la protezione dati via e-mail all'indirizzo di posta elettronica [privacy.ch@straumann.com](mailto:privacy.ch@straumann.com) o per posta all'Institut Straumann AG, Garante della privacy, Peter Merian-Weg 12, 4002 Basilea. Tale disposizione si applica anche nel caso cui Lei desideri opporsi al trattamento dei Suoi dati per motivi legati alla Sua situazione particolare.