

Ziacom Implants SLU

Calle Búhos, 2

28320 Pinto - Madrid - ESPAÑA

Tfno.: +34 91 723 33 06

info@ziacom.com - www.ziacom.com

C.I.F.: B-22832034 | VAT No.: ESB-22832034

**PROGRAMMA DI GARANZIA ZIACOM® SEGNALAZIONE
DI INCIDENTE DEI COMPONENTI PROTESICI**

Codice del Programma di Garanzia (da compilare a cura dell'utilizzatore)

MODULO DI SEGNALAZIONE DI NON CONFORMITÀ DEI COMPONENTI PROTESICI

IMPORTANTE: per richiedere la garanzia, il cliente deve compilare il presente modulo e inviarlo a Ziacom® o al proprio distributore ufficiale autorizzato, seguendo le istruzioni riportate nel **Programma di Garanzia Ziacom®**, disponibile su **www.ziacom.com**. **RESTITUIRE SEMPRE GLI ARTICOLI STERILIZZATI E CONFEZIONATI.**

*Campi obbligatori

DATI DEL CLIENTE (clinica o altro) (obbligatori per la garanzia degli impianti)

Nome del cliente / Ragione sociale*

Cliente Ziacom® n.

Nome della clinica

Persona di contatto

Indirizzo completo*

E-mail della clinica

Laboratorio

Telefono della clinica*

INFORMAZIONI DEL PAZIENTE

(compilare solo in caso di incidente chirurgico o post-chirurgico)

N. cartella clinica (Non indicare il nome)*

Uomo

Donna

Fumatore
Igiene*

Occasionale

Buona

Regolare

Regolare

Abitudine al fumo

Scarsa

DATI DEL RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO (obbligatorio ai fini della garanzia)

Dr./Dott.ssa*

N. di iscrizione all'Albo

Ordine professionale

DATI DELL'INCIDENTE (obbligatorio ai fini della garanzia)
INFORMAZIONI SULL'INCIDENTE DEL COMPONENTE PROTESICO (obbligatorio ai fini della garanzia)

RIF.*	LOTTO*	Posizione*	Protesi*	Tipo di componente protesico*	Componente protesico*	Laboratorio odontotecnico*
			Singola	Diretto su impianto	Originale	
			Multipla	Sistema Basic	Non originale	Laboratorio CAD-CAM
				Sistema XDrive		
				Sistema Nature		
				Overdenture		

Azienda del componente protesico compatibile

DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'INCIDENTE
DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'INCIDENTE PROTESICO (obbligatorio ai fini della garanzia)

Data del carico protesico provvisorio*: / /

Data del carico protesico definitivo: / /

Circostanze dell'incidente protesico*	Occlusione dentale	Schema occlusale	Descrizione della protesi	Elemento interessato*
Frattura della vite	Relazione centrica	Occlusione bilanciata	Protesi singola	Abutment lavorato
Allentamento della vite	Pos. di accomodamento	Occlusione organica	Protesi multipla parziale	Abutment per overdenture
Decementazione della protesi	Occlusione centrica	Funzione di gruppo	Protesi multipla completa	Abutment CAD-CAM
Frattura della ceramica	Armonia centrica	Guida canina	Cementata	Vite diretta su impianto
Difetto della connessione impianto / abutment	Interferenze protrusive	Ritocco occlusale	Avvitata	Vite transocclusale
Gap impianto / abutment	Bruxismo	Guida anteriore	Overdenture	Cappetta metallica per overdenture
	Placca di svincolo		Ibrida	Teflon
			Materiale (specificare)	Abutment fuso
				Abutment di guarigione

OSSERVAZIONI:

FIRMA E
TIMBRO
DELLA
CLINICA*

Protezione dei dati. **TITOLARE DEL TRATTAMENTO:** Ziacom Medical Group, S.L. **FINALITÀ:** Gestire ed eseguire il rapporto contrattuale o commerciale sottoscritto tra le parti, nonché le attività ad esso connesse. **BASE GIURIDICA:** Esecuzione di un contratto o applicazione di misure precontrattuali (art. 6.1b GDPR) e, se del caso, legittimo interesse del titolare (art. 6.1f GDPR). **DESTINATARI:** Società del Gruppo Ziacom e terzi quando necessario per adempiere obblighi legali o contrattuali. **TRASFERIMENTI INTERNAZIONALI:** Non sono previsti trasferimenti di dati al di fuori dello Spazio Economico Europeo, salvo quelli consentiti ai sensi del GDPR. **CONSERVAZIONE:** Per la durata del rapporto contrattuale o commerciale e successivamente per i termini previsti dalla legge. **DIRITTI:** È possibile esercitare i propri diritti scrivendo a **juridico@ziacom.es** o all'indirizzo postale del titolare. Ulteriori informazioni su **www.ziacom.com/politica-de-privacidad**.