

NOM DU PATIENT :

ÂGE :

DATE :

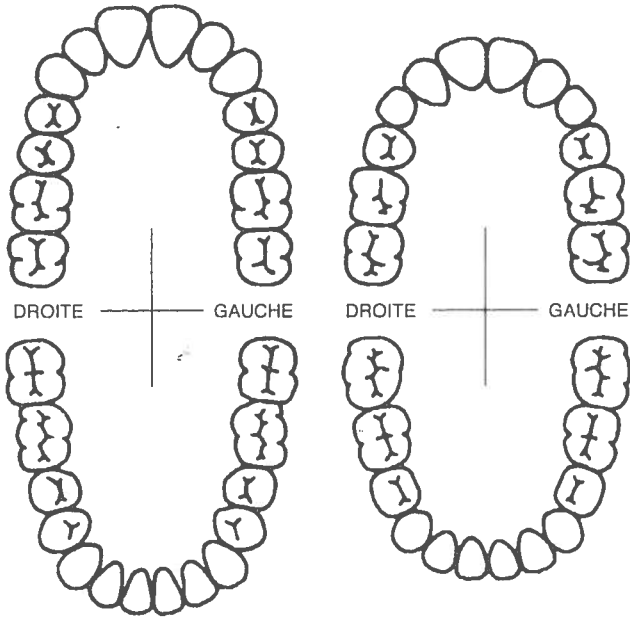
DATE VOULUE : j / mm / aa

NOM ET ADRESSE DU DR OU N° DU CLIENT

LICENCE

- MODÈLE D'ÉTUDE TAILLÉ AVEC LES ANGLES ORTHODONTIQUES RECONNUS
- DUPLICATA SIMPLE POUR REMPLACER LE MODÈLE DE TRAVAIL QUI SERA ENDOMMAGÉ
- MODÈLE D'ÉTUDE VIRTUEL 3D PRODUIT AVEC LES ANGLES ORTHODONTIQUES RECONNUS

R



COPIES BLANCHE ET JAUNE : À RETOURNER AU LABORATOIRE  
 COPIE BLEUE : À CONSERVER POUR VOS DOSSIERS

SIGNATURE

- APPELEZ-MOI CONCERNANT CE CAS
- EXPÉDIEZ MATÉRIEL D'EXPÉDITION
- EXPÉDIEZ LIVRET DE PRESCRIPTIONS (POUR APPAREILS GÉNÉRAUX)
- EXPÉDIEZ LIVRET DE PRESCRIPTIONS (POUR PLAQUES OCCLUSALES)

COULEUR DE L'ACRYLIQUE

