

Formulaire d'ordre solutions scellées

1. Informations sur le compte du laboratoire dentaire (caractères typographiques)

* Nom du laboratoire: _____
 N° du compte Allshape: _____
 * Contact: _____
 * Téléphone: _____
 Téléfax: _____
 * e-mail: _____
 * ID du patient: _____

2. Description

Dent N°	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
Forme														

Dent N°	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
Forme														

Abreviation:

Coiffe	Co	Pontique	Pt
Couronne anatomique	Cr	Bridge (exemple)	Co-Pt-Pt-Co

3. Matériel / Finition

<input type="checkbox"/> Titane	<input type="checkbox"/> ZrO ₂	couleur _____
<input type="checkbox"/> Cobalt-Chrome	<input type="checkbox"/> IPS s.max [®] CAD	couleur _____
<input type="checkbox"/> Pekkton [®] ivory	<input type="checkbox"/> PMMA	couleur _____

4. De plus amples instructions

5. Confirmation

Par la présente je confirme que les modèles livrés ont été contrôlés sur sa précision et que les informations données sont correctes. Toutes les positions qui étaient dans l'environnement oral ont été désinfectées. Ce formulaire autorise allshape SA à la production du produit commandé, en raison et basé sur les informations sur ce formulaire d'ordre.

Date _____ Signature du technicien _____