

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														

Abréviations:

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

3. Matériau / 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 _____