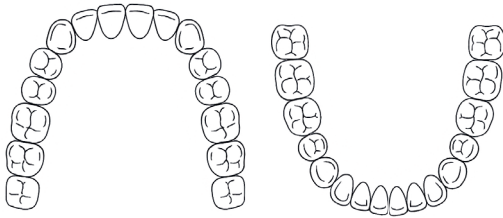


Date : _____
 Docteur : _____
 Patient : _____
 Date voulue : _____
 Date du R-V : _____ Heure du R-V : _____
 Couleur finale : _____
 Couleur de préparation : _____
 Photos fournies par courriel : Oui Non

Matériau désiré :

- Buccal stratifié (porcelaine) PMMA acrylique **d'essai**
 Full zircone PMMA acrylique **temporaire**
 Facettes Métal
 Autre _____

Dents à restaurer :



Réception (section réservée au laboratoire)

Date : _____
 Réceptionné : _____

Instructions pour restaurations :

Large empty rectangular area for providing restoration instructions.

Signature personnelle du dentiste :

Numéro de permis :