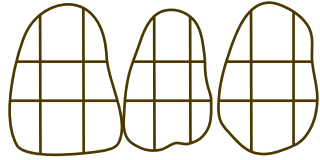


Date _____

Essai _____

Date retour _____

Date RDV _____



Couleur _____

photo@dent-cite.com

Dr. _____

Adresse _____

Patient _____

<input type="checkbox"/> Bandeau métallique		<input type="checkbox"/> Métal non visible		<input type="checkbox"/> Épaulement de porcelaine	
Forme du pontique	1-Ridgelap modifié	2-Ridgelap	3-Ovoïde	4-Hygiénique	
					<input type="checkbox"/>
Contacts (Proximaux)	1-Broad	2-Normal	3-Point		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

À L'USAGE DU LABORATOIRE

R_x



Signature _____

Permis _____

