

**DENTISTE**

Nom \_\_\_\_\_ Date de livraison \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

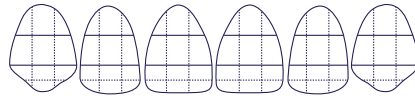
**PATIENT/CAS**

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Âge \_\_\_\_\_ Sexe **M**  **F** 

Couleurs/teintes \_\_\_\_\_

Couleur(s) de la préparation \_\_\_\_\_



Numéro(s) de(s) dent(s) \_\_\_\_\_

Instructions \_\_\_\_\_

Signature du dentiste (obligatoire) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**DENTISTE**

Nom \_\_\_\_\_ Date de livraison \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

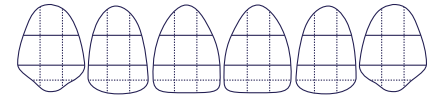
**PATIENT/CAS**

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Âge \_\_\_\_\_ Sexe **M**  **F** 

Couleurs/teintes \_\_\_\_\_

Couleur(s) de la préparation \_\_\_\_\_



Numéro(s) de(s) dent(s) \_\_\_\_\_

Instructions \_\_\_\_\_

Signature du dentiste (obligatoire) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

