LABORATOIRE
Ortho-Concept®
ORTHODONTIE

Tél: 033 (0) 4 42 97 61 61

Actimart II N°12, 1140 Avenue Ampère
13851 - AIX EN PROVENCE CEDEX 3 (FRANCE)

Cachet du praticien

BON DE COMMANDE
APPAREILLAGE ODF

Date de livraison souhaitée : ...../...../.....

PATIENT

Nom : . . . . . .

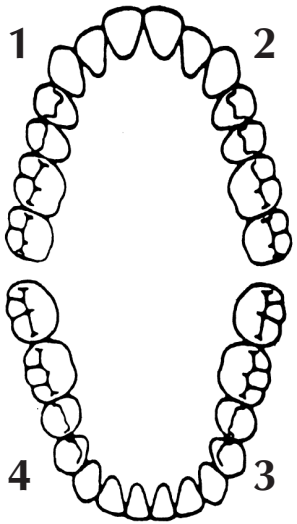
Prénom : . . . . . .

Date de naissance : . . . . . .

N° Cas : . . . . . .

Date d'empreinte : . . . . . .

Travail à réaliser :



CADRE RÉSERVÉ AU LABORATOIRE

DATE DE RÉCEPTION :

_____ Contrôle réception/fiche/PE

_____ Coulée qualité emp

_____ Fab / contrôle moulages

_____ Fabrication appareil

_____ Autocontrôle / PE gravage

_____ Contrôle final

_____ Emballage / expédition

Technicien :

.....

MERCI DE N'UTILISER CETTE FICHE QUE POUR LA FABRICATION DES APPAREILS - Le dernier exemplaire est à conserver par le cabinet dentaire

Fax 033 (0) 4 42 97 20 91 - e-mail : contact@ortho-concept.com - www.ortho-concept.com