



Praticien : _____
 Adresse : _____
 Patient : _____
 Date d'envoi : _____
 Date de retour : _____
 Signature : _____

Pour :

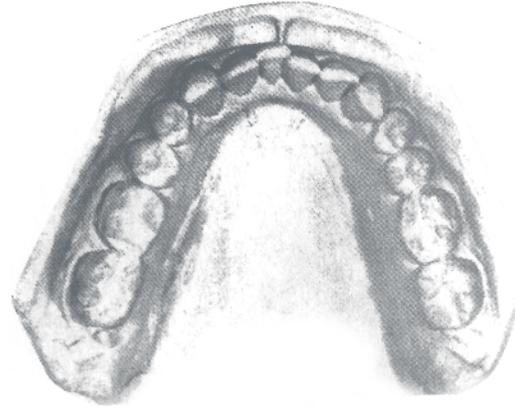
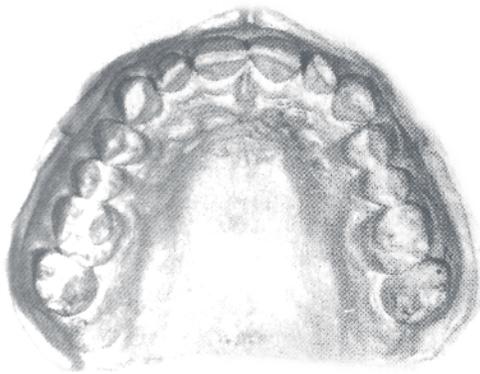


1575, boul. de l'Avenir, bur. 420,
 Laval (Québec) H7S 2N5
 450 629-0011 / 1-866 625-8900

www.tech-alliage.com
 Membre de l'OTTDQ

**CERTIFICATION REMANIUM
 CERTIFIED QM SYSTEM — EN ISO 9001**

DESSIN



Connecteur majeur : _____
 Crochets : _____
 Appuis primaires : _____
 Appuis secondaires : _____
 Plans guidants : _____
 Remarques : _____

ACRYLIQUE

REMARQUES

Dents : _____
 Couleur : _____
 Montage : Finir
 Essai
 Boudin de cire :

