

N° _____



2095, rue Frank-Carrel, bureau 105
Québec, Québec G1N 4L8

T 418 681-3144
1 877 681-DENT [3368] sans frais

Dr _____ Date _____

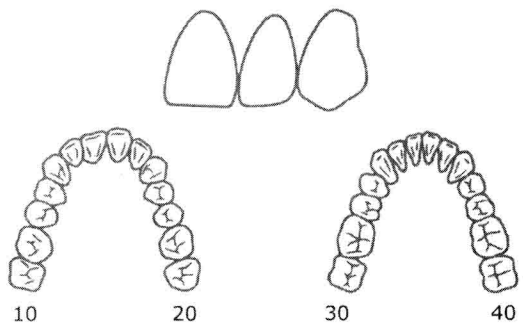
Adresse _____

Patient _____

RETOUR

Date ____/____/____ Hre _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prothèses amovibles | <input type="checkbox"/> Prothèses squelettiques |
| <input type="checkbox"/> complètes | <input type="checkbox"/> Prothèses fixes |
| <input type="checkbox"/> partielles | <input type="checkbox"/> Orthodontie |
| | <input type="checkbox"/> Implant |



Signature _____ D.D.S. _____ N° de permis _____

S.V.P. Retourner la copie blanche au complet

N° _____