



№ заказ-наряда Дата:

Клиника _____

Врач: _____

Адрес: _____

Тел. : _____

Пациент. : _____

Вид работы:	Кол-во
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

СХЕМА ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

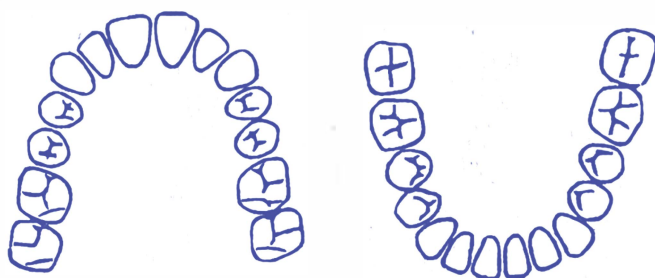


Фото отправлены на +7(952) 287-49-48 adm@neodentlab.ru

Материал: Металл литьё Металл CAD/CAM ZrO₂ e.max Цельный ZrO₂
 ПММА Акрил Нейлон Акри-фри Другое _____

Цвет: _____

Система имплантатов/платформа: _____ ∅ _____ **Фиксация:** Цементная

Использовать комплектующие: оригинальные неоригинальные Винтовая

Комментарии к работе: _____

Контур прорезывания: Вогнутый Выпуклый

Форма промывного пространства:

Заполняется администратором				
код	кол-во	техник 1	техник 2	Сумма
Стоимость заказа: _____				

Этапы работы	Дата
Время сдачи всей работы: _____	