

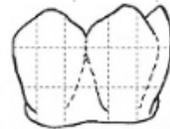
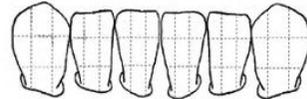
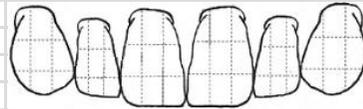
МО, г. Электросталь. Ул. К. Маркса, д.25 телефон 8-496-57-5-38-00

ЗАКАЗ-НАРЯД

Заказчик	Врач			
Телефон	Телефон			
Пациент	Возраст	Пол	М <input type="checkbox"/>	Ж <input type="checkbox"/>
Материал	Система имплантов			
Форма зубов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Цвет

Тип А	непрозрачный	
Тип Б	слабо выраж прозрачность	
Тип С	сильно выраж озрачность	

- Мамелоны
- Разрывы эмали
- Вторичный дентин
- Окрашив. фиссур



17 16 15 14 | 24 25 26 27
47 46 45 44 | 34 35 36 37



13 12 11 | 21 22 23
43 42 41 | 31 32 33

Подпись
врача
Подпись
пациента

№	Код	Вид работы	Колич	Цена	Сумма
1					
2					
3					
4					
5					

ИТОГО:

Лабораторные этапы	Сроки выполнения		
	Дата	Время	Состояние
Техник (каркасы)	Техник (керамика)	Техник (съемное)	

