

Homme Patient
 Femme

Numéro de dossier

Date de naissance
| j | j | m | m | a | a |

Dentiste

Téléphone

Adresse

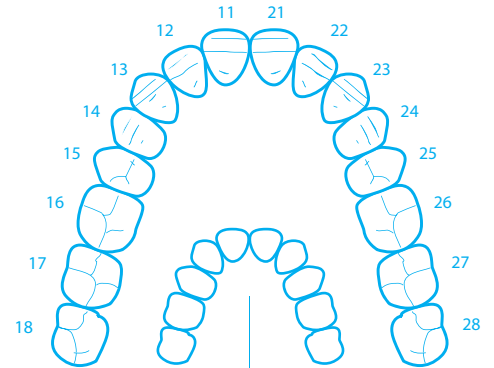
DATE ET HEURE M.E.B
| j | j | m | m | a | a | | h h : m m |

JOURNÉE AVANT M.E.B
| j | j | m | m | a | a |

Supérieur

Image à apposer : _____
Couleur* : _____

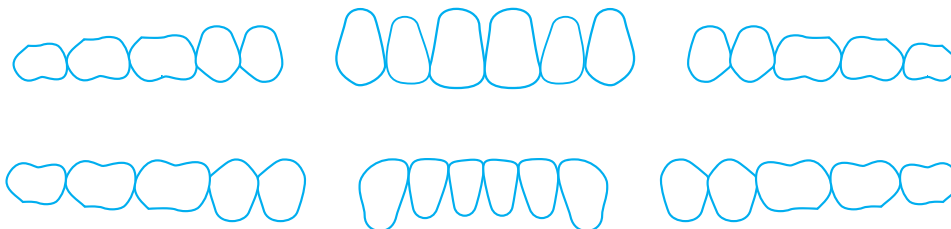
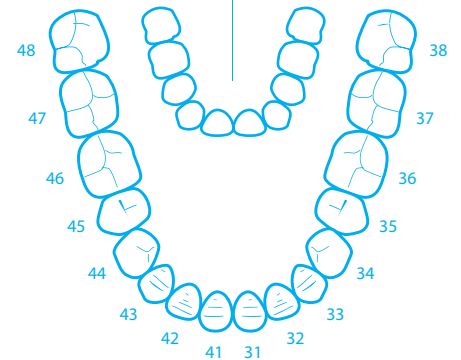
* Consultez la charte de couleur au labsummum.com dans la section « Orthodontie ».



Inférieur

Image à apposer : _____
Couleur* : _____

* Consultez la charte de couleur au labsummum.com dans la section « Orthodontie ».



À l'usage du lab _____

Signature

No. de permis