

PRESCRIPCION DE PROTESIS DENTAL

Pedido N° : _____

Clinica Dental : _____

Dr/a : _____

Localidad : _____

Telefono : _____



LABORATORI DENTAL JORDENTA

C/ Industria 68, Bajos Primera

Barcelona 08025 Barcelona

 93 436 46 33 - 639096510

Características del tipo a prótesis a realizar : _____

Color diente : _____

Guia de color : _____

Observaciones :

Fecha de entrega : _____

Nombre paciente : _____

