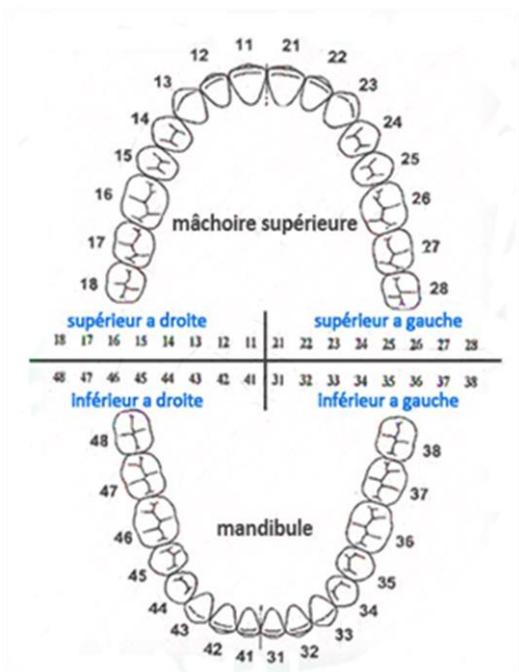




Cap Service numérique.  
 68 Rue Duhesme  
 75018 Paris  
 Tél : 01 42 62 03 28 Fax : 01 42 62 82 27

**BON DE COMMANDE N° : .....**



/Date d'arrivée	/Date de départ	/N°dossier	/Référence du travail
-----------------	-----------------	------------	-----------------------

**PRATICIEN et PATIENT**

Numéro du cas: .....

Nom du patient: .....

Élément à fournir (cocher les pièces envoyées)

Elément à fournir (cocher les pièces envoyées)	Type de travail	Matériaux	Base
<input type="checkbox"/> Modèle en plâtre scié et dies détournés (obligatoire)	<input type="checkbox"/> Pilier <input type="checkbox"/> Coller <input type="checkbox"/> Transvisée	<input type="checkbox"/> Unitaires <input type="checkbox"/> Bridge <input type="checkbox"/> Chape simple <input type="checkbox"/> Rotationnel <input type="checkbox"/> Anti rotationnel	<input type="checkbox"/> Zircon <input type="checkbox"/> Cr-Co (usiné) <input type="checkbox"/> Titane
<input type="checkbox"/> Mordu en silicone ou cire d'occlusion (obligatoire)	<input type="checkbox"/> Pilier + chape	<input type="checkbox"/> Nombre de vis <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Marque d'implant <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Type d'implant <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> Antagoniste (obligatoire)	<input type="checkbox"/> Pilier basse titane		
<input type="checkbox"/> Maquette ou montage directeur (obligatoire)	<input type="checkbox"/> Bridge transvisée <input type="checkbox"/> Barre implantaire		

CHAQUE PIECE DOIT ETRE PROPRE (PASSEE A LA VAPEUR) ET CHAQUE LECTURE DES LIMITES MARGINALES BIEN NETTE

Teinte : .....

Remarque complémentaire: .....

Tampon du laboratoire :

Date et Signature

