



Laboratoire Dentaire ALMAYAS

3221 Autoroute 440 Ouest, bureau 232, Laval(Québec) H7P 5P2

Téléphone : (438) 889-1574

Courriel : almayaslab@hotmail.com

Nom du dentiste : _____

Date : _____

Adresse : _____

Téléphone: _____

Nom du patient : _____

Âge : _____ F H

Date de RV : __JJ_ / __MM_ / 20__ à ___ h ___

Numéro de(s) dent(s) : _____

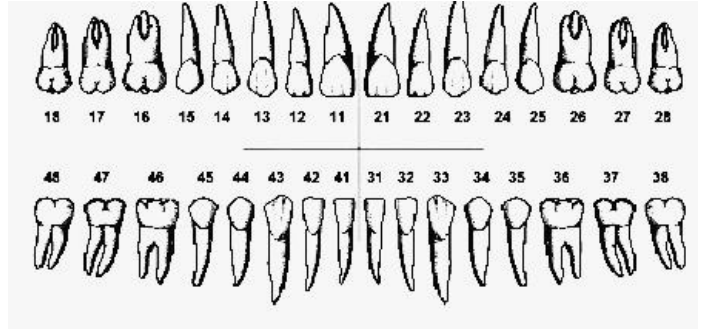
Couleur finale : _____

Couleur dentine : _____

Produit et matériau : _____

Choix de couleur au laboratoire : _____

Tél. du patient _____



Signature dentiste : _____

N0. permis : _____

Réservé au laboratoire

Reçu le : _____

