LAB DENTAIRE
Montreal
DENTAL LAB

514 504-5656
INFO@MTLDENT.COM | WWW.MTLDENT.COM
5040 RUE DE BELLECHASSE
MONTRÉAL, QUÉBEC H1T 2A2

DENTISTE _____ **PATIENT(E)** _____

Téléphone : _____ Sexe : ❑ F ❑ M

Date requise : _____

❑ Céramo-Zirconium

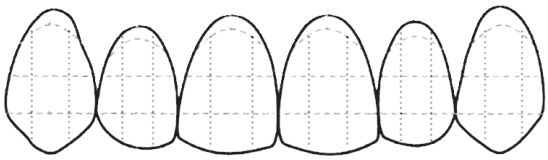
❑ Toute Zirconium

❑ e.max

❑ Céramo-Métal

❑ - or jaune ❑ - or blanc

Teinte : _____



Nº Dent : _____

Pontique

❑ ❑ ❑ ❑ ❑

Contact Occlusal

❑ ❑ ❑

SIGNATURE _____ **Nº PERMIS** _____ **DATE** _____