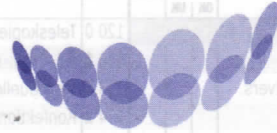
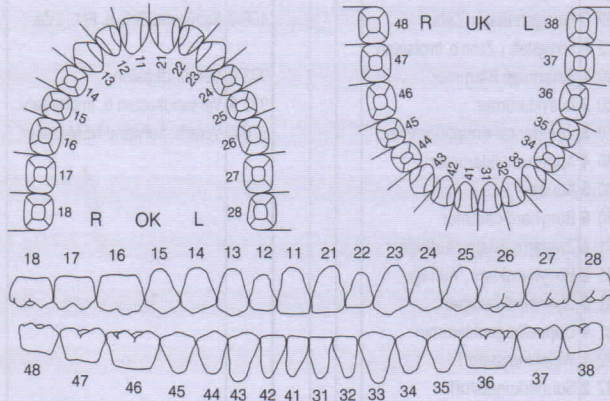


Tel.: (030) 796 33 15 Fax: (030) 795 56 12



PUCHMAYRDENTALTECHNIK



Anschrift des Zahnarztes

Name, Patient

Kasse

Privat

Alter männl. weibl.

Zahnfarbe

Auftrags-Nummer

Fu.-Löffel

Vertrags-Leistung

Bissnahme

Privat-Leistung

Einprobe 1

Einprobe 2

- Abformung _____
- Löffel _____
- Modell _____
- Biss _____

- Gesichtsbogen _____
- Clinometer _____

- Zirkon _____
- hochgold _____
- goldreduziert _____
- NEM _____

Auftragsdatum:

Liefertermin:

Der Auftrag wird zu den »Allgemeinen Geschäftsbedingungen« des Zahntechniker-Handwerks ausgeführt. Eine gesonderte Bestätigung des Auftrages erfolgt nicht.

www.puchmayr.de