

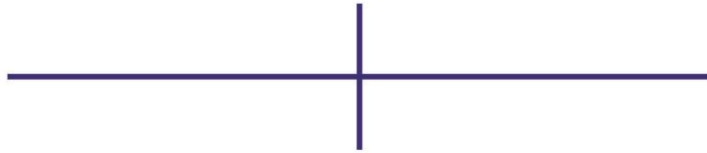
СТОМАТОЛОГ: _____

АДРЕС: _____

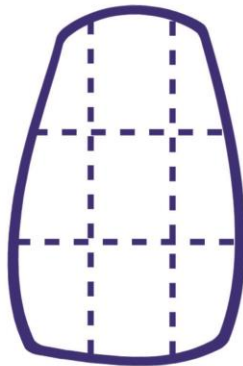
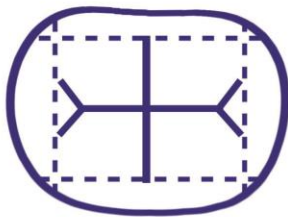
ТЕЛ.: _____ e-mail: _____

ПАЦИЕНТ: _____ ВЪЗРАСТ: _____

ВИД КОНСРУКЦИЯ: _____



ЦВЯТ: _____



Дата на получаване: _____

- проба _____

- проба _____

Дата на поставяне: _____

Зъботехническа лаборатория
СМТЛ "Финес Дент" ЕООД
Лиценз N 1363
8000 Бургас,
к-с Славейков, бл.123(партер)
моб.тел.: 0878 809 876, 0889 809 877



СТОМАТОЛОГ: _____

АДРЕС: _____

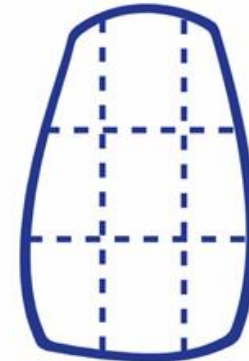
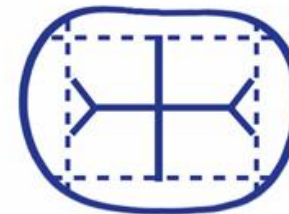
ТЕЛ.: _____ e-mail: _____

ПАЦИЕНТ: _____ ВЪЗРАСТ: _____

ВИД КОНСРУКЦИЯ: _____



ЦВЯТ: _____



Дата на получаване: _____

- проба _____

- проба _____

Дата на поставяне: _____

Зъботехническа лаборатория
СМТЛ "Финес Дент" ЕООД
Лиценз N 1363
8000 Бургас,
к-с Славейков, бл.123(партер)
моб.тел.: 0878 809 876, 0889 809 877

