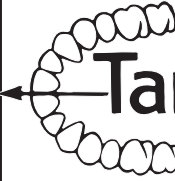


**BESTÄLLNINGSEDEL FÖR SPECIALANPASSADE PRODUKTER, enligt LVFS 2003:11**

 <h1 style="margin: 0;">TandTekniska-</h1> <h2 style="margin: 0;">Kristianstad</h2>		<p>Tfn 044-21 38 30</p> <p>21 91 18</p>					
Från tandläkare (namn, adress, tfn)		Färg och form					
Patient		Färdigt arbete					
Personnr							
Arbetets art							
Indv sked	Bitning	Tanduppsättning	Provning 1	Provning 2	Provning 3		
dat. kl.	dat. kl.	dat. kl.	dat. kl.	dat. kl.	dat. kl.		
WIROBOND PORSLIN	GULD PORSLIN	TITAN PORSLIN	EMPRESS 1	ZIRKONIUM	ORTO- DONTI	PROTES	KBF
WIROBOND COMPOSIT	GULD COMPOSIT	TITAN COMPOSIT	EMPRESS 2	E-MAX	APNÉ	BETT- SKENA	ÖVRIGT
Önskemål							
Beställande tandläkares underskrift				Ansvarig tandteknikers underskrift och datum			
Kompletterande anmärkningar per telefon							
				<b>Skiss för färgangivelse se baksidan!</b>			
<b>TANDTEKNISKA LAB. I KRISTIANSTAD, V. STORGATAN 51 D, BOX 560, 291 25 KRISTIANSTAD</b> <b>E-MAIL: info.tandtekniskalab@ptj.se</b>							

TANDTEKNISKA'S EXEMPLAR