



LABORATOIRE DENTAIRE
Orthomania
 SERVICE COMPLET

819 777-5050
 1 888 901-5601








717, boul. St. Joseph Blvd., Suite 102
 Gatineau (Québec) J8Y 4B6
 www.orthomania.com

DR. _____

ADRESSE / ADDRESS _____

TÉL. / TEL. : _____ DATE _____

NOM DU PATIENT / PATIENT'S FULL NAME _____

-  DUPLICATAS / DUPLICATE MODELS
-  MODÈLES D'ORTHO / STUDY MODELS
-  LIAISON INDIRECTE / INDIRECT BOND 6-6
-  PLAQUE OCCLUSIVE / SPLINT
-  GOUTTIÈRE DE BLANCHIMENT / BLEACHING TRAY
-  PROTECTEUR BUCCAL / MOUTHGUARD
-  APPAREIL DE CONTRÔLE D'APNÉE NOCTURNE
 SPLEEN APNEA APPLIANCE

VOULU POUR LE :
 DATE REQUIRED:

R_x _____

SIGNATURE _____

