


Поръчка № _____	Дата на постъпване _____
Зъботехник _____	Срок за изработка _____

*Можете да се запознаете със стандартните срокове за изработка в нашата ценова листа.

ДАНИИ ЗА КЛИЕНТА			
Наименование		Телефон	
Специалист		E-mail	
Адрес:	Гр. _____	Бул. _____	

ДАНИИ ЗА ПОРЪЧКА																																													
Име на пациент		Задължително поле*																																											
	Зъб #	Вид услуга	Брой	Цвят																																									
•																																													
•																																													
•																																													
•																																													
•																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table>														18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																														
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																														

Легенда:	Избор на материал:	Други:
K Обвивна корона/Корона на имплант ³	<input type="checkbox"/> E-Max	<input type="checkbox"/> Scan file
M Мостово тяло/Понтик	<input type="checkbox"/> Zirconium Oxide	<input type="checkbox"/> Блокче на стоматолога
V Фасета/Частична корона	<input type="checkbox"/> Металокерамика	<input type="checkbox"/> Отпечатък
D Изкуствен зъб/Протеза	<input type="checkbox"/> PMMA	<input type="checkbox"/> Захапка
I Хирургичен водач/Имплант	<input type="checkbox"/> РЕЕК	
	<input type="checkbox"/> Composite	

Допълнително описание към поръчката:	
---	--

Преработка:	(Кратко описание)
<input type="checkbox"/> клинична <input type="checkbox"/> лабораторна	

Обратна връзка от зъботехник:	
--------------------------------------	--


Поръчка № _____	Дата на постъпване _____
Зъботехник _____	Срок за изработка _____

*Можете да се запознаете със стандартните срокове за изработка в нашата ценова листа.

ДАНИИ ЗА КЛИЕНТА			
Наименование		Телефон	
Специалист		E-mail	
Адрес:	Гр. _____	Бул. _____	

ДАНИИ ЗА ПОРЪЧКА																																													
Име на пациент		Задължително поле*																																											
	Зъб #	Вид услуга	Брой	Цвят																																									
•																																													
•																																													
•																																													
•																																													
•																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table>														18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																														
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																														

Легенда:	Избор на материал:	Други:
K Обвивна корона/Корона на имплант ³	<input type="checkbox"/> E-Max	<input type="checkbox"/> Scan file
M Мостово тяло/Понтик	<input type="checkbox"/> Zirconium Oxide	<input type="checkbox"/> Блокче на стоматолога
V Фасета/Частична корона	<input type="checkbox"/> Металокерамика	<input type="checkbox"/> Отпечатък
D Изкуствен зъб/Протеза	<input type="checkbox"/> PMMA	<input type="checkbox"/> Захапка
I Хирургичен водач/Имплант	<input type="checkbox"/> РЕЕК	
	<input type="checkbox"/> Composite	

Допълнително описание към поръчката:	
---	---

Преработка:	(Кратко описание)
<input type="checkbox"/> клинична <input type="checkbox"/> лабораторна	

Обратна връзка от зъботехник:	
--------------------------------------	--