

Si le model est uniquement envoyé pour un test à exécuter par le Contrôle de Qualité, priez d'adhérer le sticker "MODEL ONLY USED FOR QC TESTING" ici.

INFORMATION DU LABORATOIRE

Nom du laboratoire:	Numéro de fax:
Adresse:	E-mail:
Code postal + Ville:	Numéro de TVA:
Pays:	Contact:
Numéro de téléphone:	

RÉFÉRENCES DE LA COMMANDE

Référence client: Référence patient:

JOIGNEZ LES ÉLÉMENTS SUIVANTS AU COLI LORS DE L'EXPÉDITION AU CENTRE DE SCANNAGE ET D'USINAGE S'IL VOUS PLAÎT*

* Les informations ou les éléments manquants peuvent retarder la réalisation de votre cas!

OBLIGATOIRE	OPTION	# Pièces livrées à E.S. Healthcare
<input type="checkbox"/> Le formulaire de commande entièrement rempli	<input type="checkbox"/> Copie d'usinage (plastique/résine/wax up):
<input type="checkbox"/> Le maître modèle avec les analogues d'implants**	<input type="checkbox"/> Analogue(s) d'origine:
<input type="checkbox"/> La fausse gencive (tissus mous)	<input type="checkbox"/> Vis originale(s) (numéro de réf. inclu):
<input type="checkbox"/> Le wax up	<input type="checkbox"/> Pilier(s) implantaire(s):
	<input type="checkbox"/> Attachement(s):
	<input type="checkbox"/> Matrice/Cavalier (numéro de réf. inclu):
	<input type="checkbox"/> Autres:

** Utilisez seulement des implants et analogues neufs. L'utilisation d'analogues endommagés peut retarder votre cas! Si les analogues sont vraiment endommagés, votre cas peut être refusé!

SERVICE ISUS SUPPLÉMENTAIRE

CASE D'INFORMATION

MATÉRIEL	NIVEAU	SCANNAGE	DESIGNING
<input type="checkbox"/> Titane	<input type="checkbox"/> Niveau implant	<input type="checkbox"/> @ votre laboratoire	<input type="checkbox"/> @ votre laboratoire
<input type="checkbox"/> Chrome-Cobalt	<input type="checkbox"/> Niveau abutement	<input type="checkbox"/> @ E.S. Healthcare	<input type="checkbox"/> @ E.S. Healthcare
	<input type="checkbox"/> Combinaison de niveau implant & pilier implantaire	<input type="checkbox"/> @ autres:	<input type="checkbox"/> @ autres:

SYSTEME D' IMPLANT (plateforme spécifique préconisé)*

* Merci de mentionner la marque, le type et le diamètre

<input type="checkbox"/> Friadent type: <input type="checkbox"/> Straumann type: <input type="checkbox"/> Nobel Biocare type: <input type="checkbox"/> 3I type:	Nombre d'implants: <input type="checkbox"/> Astra type: <input type="checkbox"/> Camlog type: <input type="checkbox"/> Zimmer type: <input type="checkbox"/> Autres type:
--	--

COMMANDE POUR

<input type="checkbox"/> Barre avec attachements* <input type="checkbox"/> Bridge avec éléments* <input type="checkbox"/> Structure hybride avec éléments*	<input type="checkbox"/> Copie d'usinage de la barre avec attachements** <input type="checkbox"/> Copie d'usinage du bridge avec éléments** <input type="checkbox"/> Copie d'usinage de la structure hybride avec éléments**
--	--

* Veuillez remplir les informations demandées concernant la barre/bridge/structure hybride sur la 2ième page!

** Veuillez remplir les détails en-dessous

COPIE D'USINAGE DU PRÉDESIGN DE LA STRUCTURE

<input type="checkbox"/> Polissage brillant <input type="checkbox"/> Basal <input type="checkbox"/> Lingual/Palatin	Voulez-vous recevoir une visualisation 3D? (viewer) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
---	---	--

