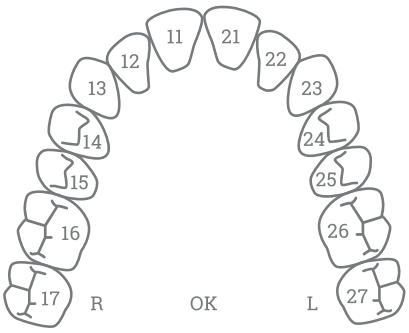
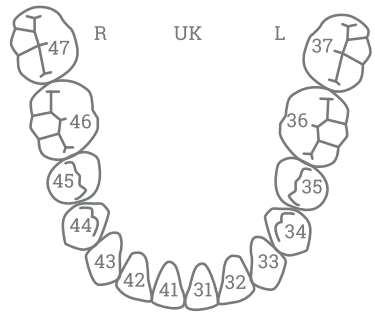
AUFTRAG

FOKUS-DENTAL
by Power Dental GmbH

fon: +49 341 86 32 94 94
fax: +49 341 86 32 94 96
mail: leipzig@power-dental.de





ZAHNÄRZTIN/ZAHNARZT:

PATIENTIN/PATIENT:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		T	H	E	R	A	P	I	E	P	L	A	N		
			S	C	H	I	M	S	T	O	C	K			
			S	C	H	I	M	S	T	O	C	K			
		T	H	E	R	A	P	I	E	P	L	A	N		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

VERSICHERUNG		VERSORGUNGSART		
KASSE	PRIVAT	REGEL	GLEICH	ANDERS

LÖFFEL:	MODELLE:
BISS:	PROTHESE:
BISSGABEL/GELENK:	ZÄHNE:
SONSTIGES:	ZAHNFARBE.

Waagerechter Strich = Verblockt Senkrechter Strich = Einzeln

1. TERMIN

2. TERMIN

3. TERMIN

4. TERMIN

5. TERMIN

6. TERMIN

Ort, Datum: Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt:

Der Auftrag wird zu den allgemeinen Geschäfts,- Lieferungs- & Zahlungsbedingungen des Zahntechniker-Handwerks ausgeführt. Eine gesonderte Bestätigung des Auftrages erfolgt nicht.