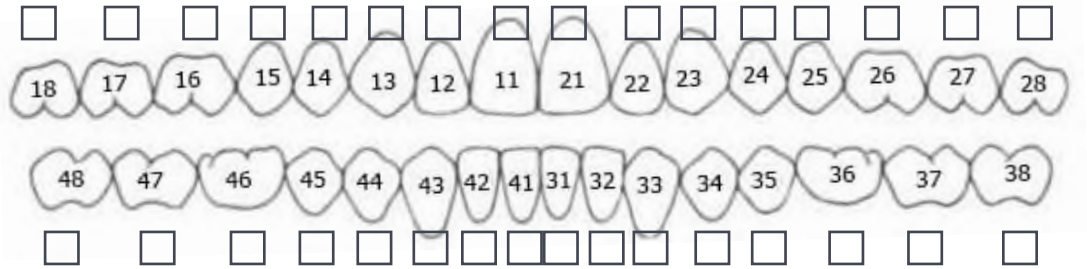
Дата начала _____

Дата окончания _____

Заказ-наряд

Стандартный прайс

Клиника		Тел.	
Врач		STL	Оттиски
Пациент		Возраст	Пол
Система импланта		Форма лица	○ △ □
Материал		Цвет	
Компрессия десны	☐ Да ☐ Нет	Цвет культи	



№	код	вид работы	Кол ед.
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Комментарии

ØЗуботехническая лаборатория
ØФрезерный центр
ØИнтернет-магазин

+7(499)229-38-00
info@ns.dental
г.Москва, ул. Угрешская д.2, стр.149