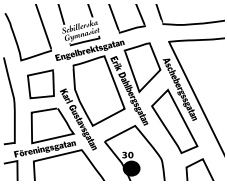
SML
DENTALLABORATORIUM

Postadress:
Box 53096
400 14 Göteborg

Besöksadress:
Karl Gustavsgatan 30
E-mail: info@sml.se

Tel: 031-16 67 50
Fax: 031-16 57 50
www.sml.se

Nr.....



Beställare:

Tel:

Stämpla även kopior

Patientens namn:

Personnummer:

Medsänt material

Modell	Avtryck	Index
st.	st.	st.

Arbetet är desinficerat sign.

Övrigt:

Provning

1. ..... kl. .....
2. ..... kl. .....
3. ..... kl. .....
4. ..... kl. .....
5. ..... kl. .....

Färdigt arbete
datum: tid:

Färguppgift:

Anvisningar: *Rita och förklara gärna på baksidan också.*

☐ se baksida

Beställarens underskrift:

Mottagning			KBF	Kron & bro	Porslin	Protes	Slutkontroll
							*

*Härmed intygas att denna specialanpassade produkt är framtagen för denna patient enligt de väsentliga kraven i bilaga 1, LVFS 2003:11.