



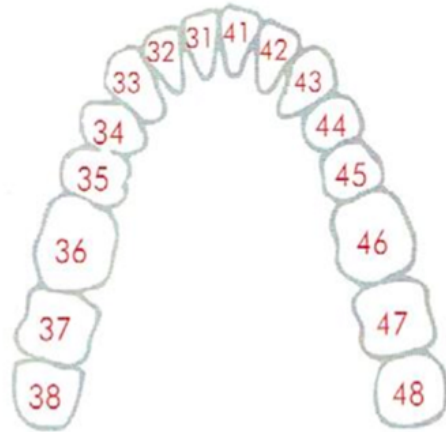
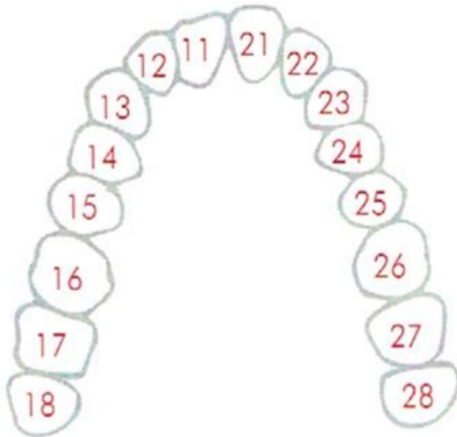
LABORATOIRE DENTAIRE

*Nos prothèses sont
garanties à vie*

Patient: _____

Date demandée: _____

Couleur: _____



Rx _____



Ordre des techniciens
et techniciennes
dentaires du Québec

Signature

No. permis