

Name und Anschrift des Zahnarztes:

Name und Anschrift des Patienten:

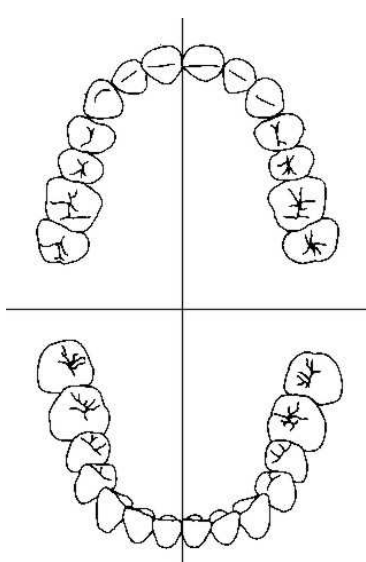
.....

männlich weiblich Alter

(Stempel)

Auftragsdatum: Eingang Labor:..... Ausgang Labor:.....

Auftrag



18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Leistung:

Metall: NEM Verblendung: vollverblendet Sonstiges: Low-Budget

Versandart: unfrei per DHL ab POST* UPS Standard* (*Kosten Hin/Rück 15,- €)
Express und dazugehöriger Aufpreis nach Rücksprache

📮 Postfach 10 10 40 47010 Duisburg
 ✉ info@piz.de
 ☎ 0203 - 28 81 18
 Fax 0203 – 28 80 82 U.-St. ID - Nr. DE 1738 63717 Geschäftsführer Ztm. Reinhard Timmer



Der Auftrag wird zu unseren Geschäfts-, Liefer- und Zahlungsbedingungen ausgeführt, Gerichtsstand Duisburg, Deutschland