

Cultus Dentes

LABORAUFRAG

Patienten Name:

Patienten Vorname:

Versicherung der

XML-Datei:

Auftragsdatum:

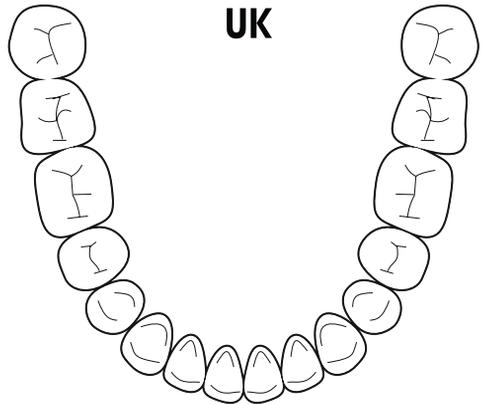
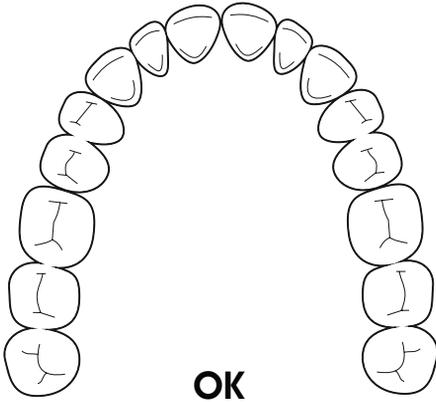
Anschrift Praxis

--

Farbe:

Bild:

--	--



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FERTIGSTELLUNG

Datum

Uhrzeit

Fachlabor für KFO | Alt-Marzahn 25 e | 12685 Berlin

Telefon : 030/20 62 2000 | E-Mail: info@cultus-dentes.de | Internet: www.cultus-dentes.de