Kopievorlage

per Fax an +49(0) 851/490671-1

Bitte wählen Sie die gewünschte Qualität:

☐ **PREMIUM** ☐ **EXCLUSIVE**

Farben						Frontzähne / Anteriors - Oberkiefer / Uppers										
Formen	A 1	A 2	A 3	A 3,5	A 4	B 1	B 2	B 3	B 4	C 1	C 2	C 3	C 4	D 2	D 3	D 4
R 1																
R 2																
R 3																
R 4																
R 5																
R 6																
R 7																
R 8																
U 1																
U 2																
U 3																
U 4																
U 5																
U 6																
U 7																
X 1																
X 2																
X 3																
X 4																
X 5																
X 6																
Farben						Frontzähne / Anteriors - Unterkiefer / Lowers											
Z 1																
Z 2																
Z 3																
Z 4																
Z 5																
Z 6																
Z 7																
Z 8																
Z 9																

Hiermit bestellen wir, zu den allgemeinen Geschäftsbedingungen, die oben angeführten Kunststoffzähne.

Kunden-Nr.: _____

Auftraggeber/Anschrift/Stempel

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____