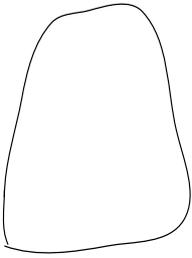




Téléphone : (438) 889-1574
Courriel : almayaslab@hotmail.com
www.laboratoiredentaire-almayas.ca

150 Bd de la Côte-Vertu , bureau 303, Saint-Laurent, QC H4N 1C6

Nom du dentiste : _____	Date :
Adresse : _____	Téléphone: _____ Date voulue:
Signature dentiste : _____	N0. permis : _____

Nom du patient : _____	Âge : _____ F <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
<u>Directives du dentiste:</u>	
	

<u>Réservé au laboratoire</u>	Reçu le : _____
 Permis no. D-0469 OTPADQ Ordre des technologues en prothèses et appareils dentaires du Québec	