

# Bon de Commande

FICHE :



Laboratoire dentaire  
**CmonLab**

10 rue Parmentier, 93100 Montreuil  
**01 48 87 09 00**

Dr : \_\_\_\_\_ Centre : \_\_\_\_\_  
Nom du patient : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F   
Tél : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

N° d'ordre : \_\_\_\_\_  
Date d'empreinte : \_\_\_\_\_ Date de retour : \_\_\_\_\_  
Reprise du cas ? OUI  NON  Si oui, numéro de cas : \_\_\_\_\_

## Prothèses Fixes

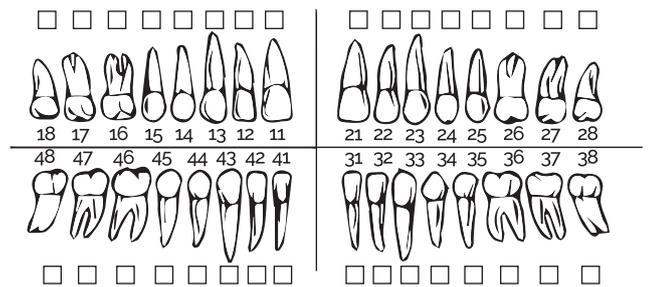
- |  |                                   |   |                                    |   |   |
|--|-----------------------------------|---|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> CCM             | <input type="checkbox"/> CC       | <input type="checkbox"/> ZIRCON FULL      | <input type="checkbox"/> FACETTE   | <input type="checkbox"/> INLAY - CORE     | <input type="checkbox"/> ONLAY - ZIRCON   |
| <input type="checkbox"/> UNIT            | <input type="checkbox"/> CLAVETTE | <input type="checkbox"/> ZIRCON STRATIFIÉ | <input type="checkbox"/> RICHEMOND | <input type="checkbox"/> PROVISoire       | <input type="checkbox"/> BRIDGE   |
| <input type="checkbox"/> CIV             | <input type="checkbox"/> EMAX     | <input type="checkbox"/> CHAPPE           | <input type="checkbox"/> COMPO     |   |   |
| <input type="checkbox"/> CCM SUR IMPLANT |                                   |   |                                    |   |   |
| <input type="radio"/> TRANSVISSEE        | <input type="radio"/> SCLEE       | <input type="checkbox"/> EMBRASURE        | <input type="checkbox"/> OUVERTURE | <input type="checkbox"/> FERMÉE           | <b>RAINURES DE MAQUILLAGE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> FRAISAGE        | <input type="checkbox"/> AILETTE  | <input type="checkbox"/> BORD MÉTALLIQUE  | <input type="checkbox"/> NON       | <input type="checkbox"/> LINGUAL          | <input type="checkbox"/> BUCCAL   |
| <input type="checkbox"/> ÉPAULEMENT      | <input type="checkbox"/> WAX UP   | <input type="checkbox"/> POINT DE CONTACT | <input type="checkbox"/> FORT      | <input type="checkbox"/> LÉGER            |   |
| <input type="checkbox"/> ATTACHEMENT     |                                   | <input type="checkbox"/> OCCLUSION        | <input type="checkbox"/> FORT      | <input type="checkbox"/> LÉGER (- 0.3 mm) | <input type="checkbox"/> SOUS OCCLUSION (0.7 mm)  |

## Prothèses Amovibles

- |   |   |   |                                     |   |
|---|---|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Supérieures          | <input type="checkbox"/> Inférieures      |   |                                     |   |
| <input type="checkbox"/> STELITTE             | <input type="checkbox"/> COMPLET          | <input type="checkbox"/> PARTIEL RÉSINE | <input type="checkbox"/> VALPLAST   | <input type="checkbox"/> GOUTTIÈRE            |
| <input type="radio"/> ARMATURE                | <input type="radio"/> MONTAGE             |   |                                     | <input type="radio"/> BLANCHISSEMENT          |
| <input type="radio"/> FINITION                | <input type="radio"/> FINITION VALPLAST   |   |                                     | <input type="radio"/> BRUXISME DURE/SEMI-DURE |
|   | <input type="radio"/> FINITION ACETALE    |   |                                     | <input type="radio"/> CONTENTION              |
| <input type="radio"/> CONTRE PLAQUE SUR _____ | DENT N° _____                             |   |                                     | TAILLE DE LA GOUTTIÈRE EN _____ mm            |
| <input type="checkbox"/> PEI                  | <input type="checkbox"/> CIRE D'OCCLUSION | <input type="checkbox"/> RÉPARATION     | <input type="checkbox"/> ADJONCTION | <input type="checkbox"/> RENFORT              |

## OBSERVATIONS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Première full zircon au prix incroyable de **35€**

- TEINTE :
- 
- Legerement sous la limite  
 Respecter la limite
- Intermédiaire de bridge :
- 

Date du jour : \_\_\_\_\_ Date de livraison : \_\_\_\_\_

Adresse de livraison : \_\_\_\_\_

Pour valider votre commande, merci de retourner ce bon de commande dûment rempli par  
**Courrier** : 10 Rue Parmentier, 93100 Montreuil, France ou **E-mail** : [info@cmonlab.fr](mailto:info@cmonlab.fr)