



Dentiste		Clinique			
Adresse					
Courriel		Téléphone			
Patient		Sexe		Âge	
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
Numéro(s) de dent(s)		Date requise			
Matériau		Plateforme d'implant			
<input type="checkbox"/> Zircon		<input type="checkbox"/> Métal			
<input type="checkbox"/> Vitrocéramique		<input type="checkbox"/> Composite		Dimension d'implant	
Teinte et autres instructions					

Signature	Permis	Date
-----------	--------	------

Pour un résultat optimal, veuillez nous envoyer un modèle préopérateur ou un modèle des restaurations temporaires, ainsi que des photos par courriel.

- | | | | |
|--------------------------|-----------------|---------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | DDO | ddo@camcube.ca | 1351, boul. Sunnybrooke, Dollard-des-Ormeaux QC H9B 3K9 |
| <input type="checkbox"/> | Gatineau | gatineau@camcube.ca | 15, boul. Gréber, Gatineau QC J8T 3P3 |
| <input type="checkbox"/> | Montréal | montreal@camcube.ca | 2251, av. Letourneux, bureau 101, Montréal QC H1V 2N9 |
| <input type="checkbox"/> | Québec | quebec@camcube.ca | 4715, av. des Replats, bureau 170, Québec QC G2J 1B8 |

1 888 463 5764

