

Kostenvoranschlag



Sun Dental Labs GmbH - Senden an:

Fax +49 211 / 875 84 - 650 | kva@sudentallabs-germany.de

Datum	
-------	--

Patient

Herr <input type="checkbox"/>	Frau <input type="checkbox"/>
Name	
Vorname	

Stempel Praxis / Labor

--

Inlandsfertigung Düsseldorf

Auslandsfertigung / **Sunflex**
PARTIALS

P																
K																
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
K																
P																

Produkte, Material und Kürzel

K	Krone	ZK	Zirkonkrone	I	Implantat
KM	Krone voll verbl.	VZ	Vollzirkonkrone	F1-4	Inlay
B	Brückenglied	ZB	Zirkonbrückengl.	TK	Teilkrone
BM	Brückengl. Voll verbl.	VB	Vollzirkonbrückengl.	H	Halteelement
T	Teleskop	EM	IPS e.max CAD	o	Geschiebe
TM	Teleskop verblendet	PV	Provl. Krone/Brgl. PMMA	E	Ersatzzahn

- NEM
- Hochgold
- Zirkon
- Full Zirkon
- e.max CAD
- e.max Press
- PEEK

Zustellung

- Bis spätestens Datum u. Uhrzeit _____
- Per E-Mail an: _____
- Per Fax an: _____

Notizen

--

Senden an:

Fax +49 211 / 875 84 - 650 | kva@sudentallabs-germany.de