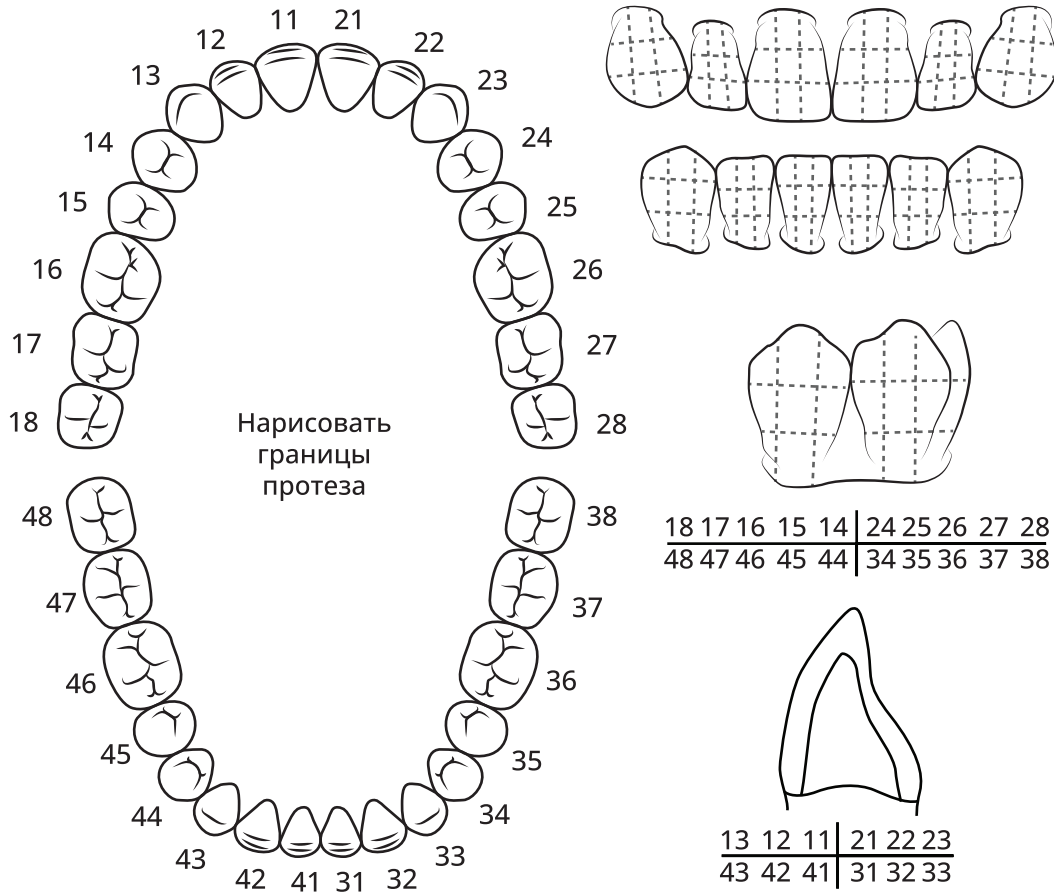


ЗАКАЗ-НАРЯД № \_\_\_\_\_

Клиника	Телефон	
Врач	Почта	
Пациент	Возраст	Пол м <input type="checkbox"/> ж <input type="checkbox"/>
Система имплантов	Форма лица <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Материал	Цвет зуба	
Компрессия десны	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Цвет культи



№	код	вид работы	кол.	цена за единицу	сумма
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
Общая стоимость работы:					

Дата поступления в лабораторию	Этапы сдачи клинике		
	дата	время	этап

техник (металл)	техник (керамика)	техник (съёмщик)

Подпись врача: \_\_\_\_\_