

Laboratoire Dentaire

**Bonneville**  
DIVISION COURONNES



**PRESCRIPTION**

Nom dentiste: \_\_\_\_\_

Nom patient: \_\_\_\_\_

Couleur: \_\_\_\_\_

Essai: \_\_\_\_\_

Coul. pile: \_\_\_\_\_

À finir: \_\_\_\_\_

# dent: \_\_\_\_\_

SIGNATURE  
DENTISTE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

**Joindre photos à l'adresse courriel:  
bonnevillecouronne@gmail.com**

**SECTION RÉSERVÉE AU LABORATOIRE**

Reçu le: \_\_\_\_\_

Transport: \_\_\_\_\_