Auftrag

Der Auftrag wird zu unseren Geschäfts-, Lieferungs- und Zahlungsbedingungen ausgeführt.
Eine gesonderte Bestätigung des Auftrages erfolgt nicht. Siehe AGB www.uds-dental.de

UDS
United Dental Service

Praxisstempel:

Patient: Alter:

Wichtig! PLZ Praxis:

Farbe:
Vita classic (ausschl.)

☐ weiblich ☐ männlich **Herstellung in** ☐ **NE** ☐ **Reduziert** ☐ **Gold**

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

OK

UK

Brückenglieder: ☐ ☐ ☐

☐ **Bitte um Rückruf**

Auftragsleistung:

1. Arbeitsgang

Termin: _____

Datum Uhrzeit

2. Arbeitsgang

Termin: _____

Datum Uhrzeit

3. Arbeitsgang

Termin: _____

Datum Uhrzeit

wird von UDS ausgefüllt!

Eingang	Ausgang	Eingang	Versand Praxis
1.	1.	1.	1.
2.	2.	2.	2.
3.	3.	3.	3.

Angeliefert

☐ Modell ☐ Biss-Schablone ☐ Registrat ☐ Indiv. Löffel ☐ Sonstiges

Fertigstellung: _____
(Wunschtermin wird telefonisch bestätigt)

Datum Uhrzeit

AB 10107 FM