

Όνομα ιατρού : _____

Όνομα ασθενή : _____

Ημερομηνία παράδοσης : _____

ΑΚΙΝΗΤΗ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Εmax | <input type="checkbox"/> BioHPP |
| <input type="checkbox"/> Πορσελάνη | <input type="checkbox"/> Composite |
| <input type="checkbox"/> Μέταλλο πορσελάνη | <input type="checkbox"/> Διαγνωστικό κέρωμα |
| <input type="checkbox"/> Επί εμφυτευματικά | |
| <input type="checkbox"/> Χυτός άξονας | |
| <input type="checkbox"/> Μονολιθικά | |

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

