Calle Pintor Camaron nº4, 12006, Castellón
624 021 005
pedidos@vmestudiodental.com

DIRECCIÓN TÉCNICA: Victor Rubio Ibañez
Marta Monserrate Alvarez

ORDEN DE TRABAJO

CLÍNICA .....

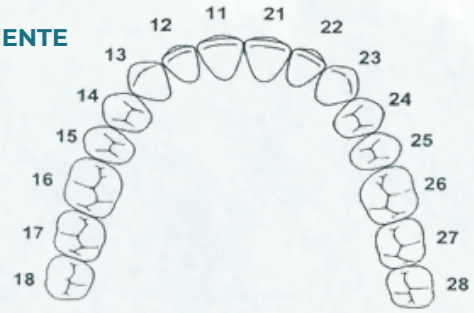
DR/DRA .....

PACIENTE ..... **EDAD**

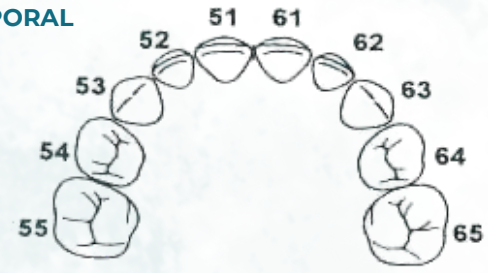
FECHA ENVÍO / / **FECHA ENTREGA** / / **HORA** :

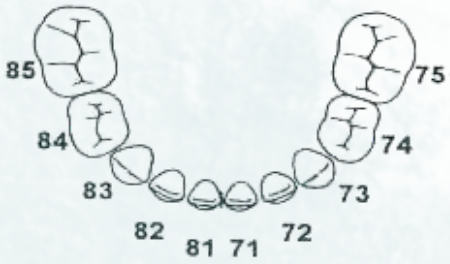
TRABAJO .....

PERMANENTE



TEMPORAL





OBSERVACIONES

DISEÑO

COLOR ○ : ..... **TRANSPARENTE** ○

GLITTER: SI ○ **NO** ○

DIBUJOS