



**IMPLANTS** DIFFUSION INTERNATIONALE  
23/25 rue Emile ZOLA - 93100 MONTREUIL  
Tél. : 01 84 60 61 15  
Email : ortho@idi-dental.com



**clearcaps**<sup>TM</sup>

#Libérezvotresourire

## RETRAIT EMPREINTE CLEARCAPS<sup>TM</sup>

Date : .....

Nom du **Praticien** : .....

Nom du **Patient** : .....

Prénom du Patient : .....

**Signature** :

Numéro ID : .....

**Empreinte** :  Haut

Bas

Cachet