

**CENTRO DENTAL ORTOSAN, S. L.**  
**LABORATORIO DE ORTODONCIA**

c/ San Romualdo, nº 12-14  
3ª Planta - Oficina 6  
Telf.: 91 404 56 59  
Telf./Fax: 91 403 38 20  
28037 MADRID

Fecha de salida: .....  
Fecha de entrada: .....  
N.º trabajo: .....  
Paciente: .....

Trabajo a realizar: .....  
.....

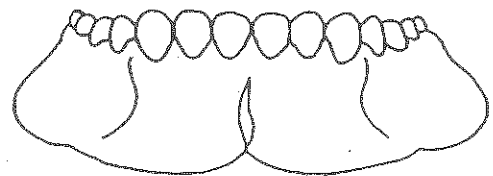
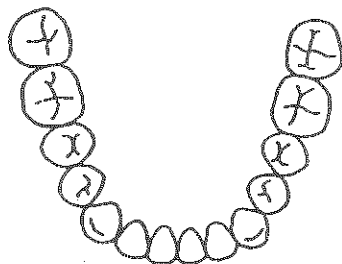
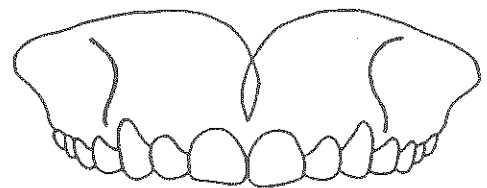
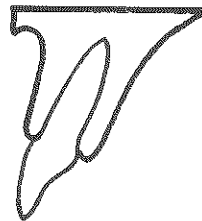
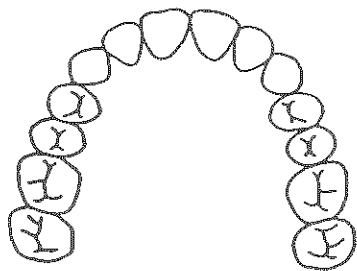
**CENTRO DENTAL ORTOSAN, S. L.**  
**LABORATORIO DE ORTODONCIA**

c/ San Romualdo, nº 12-14 · 3ª Planta - Oficina 6 · Telf.: 91 404 56 59 · Telf./Fax: 91 403 38 20 · 28037 MADRID

Doctor: ..... Fecha entrada: .....  
Paciente: ..... Fecha salida: .....

Trabajo a realizar: .....  
.....  
.....  
.....

**DISEÑO:**



Observaciones laboratorio: .....  
.....