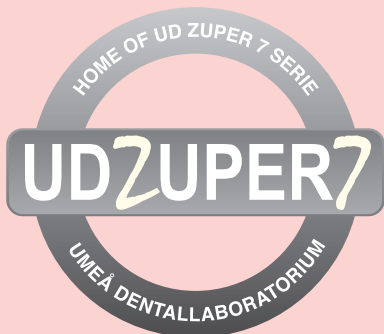


# Anvisning



**Umeå Dentallaboratorium**  
Tel växel: 090-12 59 40

**Labbcchef: Per Hammarberg**  
Tel: 090-70 41 48

**VD: Fredrik Jonson**  
Tel: 090-12 59 42

Beställare	Patient
Beställningsdatum	Personnummer

Provningsdatum	Provningsdatum	Provningsdatum	Provningsdatum	Färdigt arbete
----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

Arbetets art	<input type="checkbox"/> Ring <input type="checkbox"/> C-takt <input type="checkbox"/> Avtrycket desinficerat	Färg
--------------	---	------

Anvisning

Specialanpassad produkt framställd enligt direktiv i LVFS 2003:11

<b>Umeå Dentallaboratorium</b> Besöksadress: Hamrinsvägen 4 Postadress: Box 203 S-901 05 Umeå www.umeadentallab.se fredrik.j@umeadentallab.se	Signatur behörig beställare
--	-----------------------------