



# BESTELLFORMULAR

Hiermit bestelle ich die für mich individuell angefertigte, neuartige Schlagschiene von Winter Dentaltechnik. Der dafür benötigte Abdruck meines Oberkiefers liegt bei.

Mir ist bekannt, dass ich wegen der individuellen Anfertigung keinen Anspruch auf Umtausch der Schlagschiene habe.

.....  
ANREDE, VORNAME, NAME

.....  
STRASSE, HAUSNUMMER

.....  
PLZ, WOHNORT

.....  
TEL.

.....  
E-MAIL

.....  
ORT, DATUM, UNTERSCHRIFT

