



Date: _____ Clinic/Clinique: _____

Doctor Name/Nom du docteur: _____

Address/Adresse: _____

Contact Name/Nom du contact: _____

Telephone/Téléphone: _____

e-mail: _____

HANDPIECE TYPE/TYPE DE PIÈCE À MAIN _____

*Handpiece make and model/Marque et modèle de la pièce à main:

*Serial Number/Numéro de série:

* Required Field/Champs requis

PROBLEM ENCOUNTERED/PROBLÈME RENCONTRÉ _____

Signature _____

LET'S KEEP YOU DRILLING! | CONTINUONS À PERCER !