



\_\_\_\_\_

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** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Doctor's Signature/Signature du médecin: \_\_\_\_\_