

**Auftraggeber**


Labor:
Adresse:
Ansprechpartner:
Kundennummer:
EU-Ust.-ID. Nr:

oder per Fax-Nr.: **+41 52 634 04 30**  
 oder per E-Mail : **info@tecor-dental.com**



**PREMIUM – 3-Schicht-Kunststoffzähne - Seitenzähne / Posteriors**

Bitte in den jeweiligen Feldern die Anzahl der gewünschten Formen und Farben eintragen.

Formen	 Farben																	
	A1	A2	A3	A3,5	A4	B1	B2	B3	B4	C1	C2	C3	C4	D2	D3	D4		
	o	u	o	u	o	u	o	u	o	u	o	u	o	u	o	u	o	u
M 1																		
M 2																		
S 1																		
S 2																		
S 3																		
S 4																		
S 5																		

**Kombinationstabelle / Combination Chart**

Frontzähne / Anteriors Oberkiefer / Uppers	Frontzähne / Anteriors Unterkiefer / Lower	Seitenzähne / Posteriors
R 1	Z 1 Z 2	S 1
R 2	Z 2 Z 3	S 2
R 3	Z 3 Z 4	S 1
R 4	Z 3	S 3 M 1
R 5	Z 4	S 4 M 2
R 6	Z 4	S 3 M 1
R 7	Z 5	S 4 M 2
R 8	Z 8 Z 9	S 5
U 1	Z 1	S 1
U 2	Z 4 Z 3	S 2
U 3	Z 4	S 4 M 2
U 4	Z 5 Z 6	S 4 M 2
U 5	Z 7 Z 8	S 5
U 6	Z 8	S 5
U 7	Z 9	S 5
X 1	Z 1	S 1
X 2	Z 5 Z 6	S 2
X 3	Z 5	S 4 M 2
X 4	Z 7	S 4 M 2
X 5	Z 7	S 4 M 2
X 6	Z 7	S 5

Hiermit bestellen wir zu den Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Tecor-Dental AG die oben angeführten Kunststoffzähne. Die Preise (laut aktueller Preisliste) verstehen sich in CHF zuzüglich des jeweils gültigen Mehrwertsteuersatzes.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_