

Nom *

Courriel *

Clinique *

Prénom

Nom

Type

Nom du produit (générique ou commercial) :

Fournisseur :

Indiquer dans les commentaires si substituable

Ce produit remplace-t-il un
déjà utilisé

Si oui, lequel

Oui

Non

Ce produit doit-il être tenu en
clinique ou au magasin?

Fréquence d'utilisation

Date d'utilisation

En clinique

En magasin

Par ex. 2 fois par mois

Commentaires

Je confirme que cette demande a été validée avec mon / ma responsable.

SVP, mettre votre responsable en CC., lors de l'envoi de la demande. Après une vérification des stocks actuels en clinique et en Magasin, le Magasin dentaire fera un suivi avec vous concernant les modalités d'implantation.

DES QUESTIONS SUR LES PRODUITS? ☎ 514 343-6941