



NOM DU PATIENT :

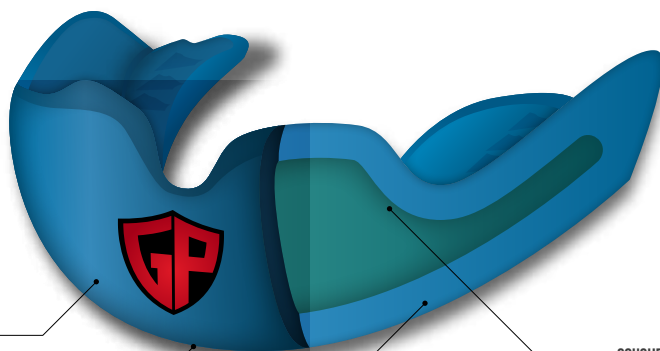
DATE DE LIVRAISON SOUHAITÉE :

E-MAIL DU PATIENT :

TEL. DU PATIENT :

BÉANCE DE VENTILATION : OUI NON

CLASSIC  **LAYERS**



COUCHE EXTERNE
THERMOFORMÉE À 5 BARS

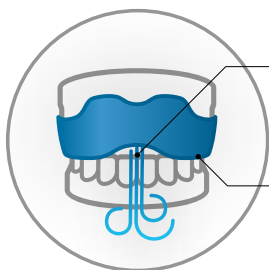
COUCHE INTERNE
POUR UNE PROTECTION OPTIMALE
ET UNE OCCLUSION PARFAITE

BEANCE DE VENTILATION
POUR UNE RESPIRATION NATURELLE
EN OPTIMISANT LES PERFORMANCES SPORTIVES

ENGRENEMENT DES DENTS INFÉRIEURES
POUR UNE PROTECTION INTÉGRALE DES DENTS
ET DES ARTICULATIONS

COULEUR CHOISIE :
.....
.....
.....

ADRESSE D'EXPÉDITION DES EMPREINTES :
GLOBAL PROTECT
16 RUE DE LA RÉPUBLIQUE
69002 LYON - FRANCE



NOM DU DR. :

ADRESSE :

CODE POSTAL : **VILLE :**

TEL. :

E-MAIL :

INSTRUCTIONS SPÉCIALES :

.....

.....

.....

.....

POUR TOUTE INFORMATION, CONTACTEZ GLOBAL PROTECT :

TEL. +33 (0)6 09 85 96 45

E-MAIL : CONTACT@GLOBALPROTECT.FR

16 RUE DE LA RÉPUBLIQUE - 69002 LYON - FRANCE

WWW.GLOBALPROTECT.FR