



NOM DU PATIENT :

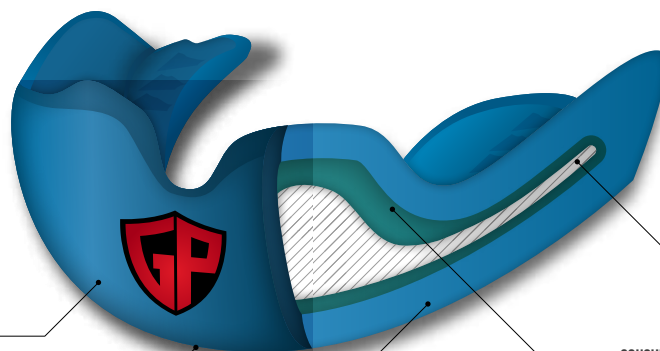
DATE DE LIVRAISON SOUHAITÉE :

E-MAIL DU PATIENT :

TEL. DU PATIENT :

BÉANCE DE VENTILATION : OUI NON

ELITE  **LAYERS**



COUCHE EXTERNE

THERMOFORMÉE À 5 BARS

COUCHE INTERNE

POUR UNE PROTECTION OPTIMALE
ET UNE OCCLUSION PARFAITE

COUCHE CENTRALE

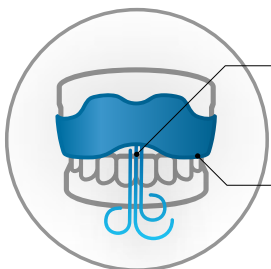
COUCHE PROTECTRICE PREVUE
POUR REPARTIR L'ONDE DE CHOC

BEANCE DE VENTILATION

POUR UNE RESPIRATION NATURELLE
EN OPTIMISANT LES PERFORMANCES SPORTIVES

ENGRENEMENT DES DENTS INFERIEURES

POUR UNE PROTECTION INTEGRALE 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