

### Coordonnées des Praticiens

Nom, adresse, tél. du praticien 1 :

.....

.....

.....

.....

.....

Nom, adresse, tél. du praticien 2 :

.....

.....

.....

.....

.....

### Coordonnées du Patient

Nom et Prénom :

.....

.....

Adresse et téléphone :

.....

.....

.....

.....

.....

.....



**CARTE IMPLANTAIRE**  
*DENTAL IMPLANT PASS*

*Carte éditée par*

**L'Association  
Française  
d'Implantologie**

