

FAXオーダーシート

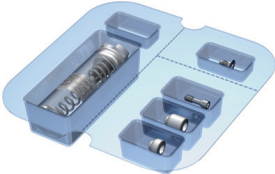
必要事項をご記入の上、
下記FAX番号まで、FAXしてください。



FAX 03-5289-3512

医院名	ふりがな	TEL
	(様宛)	() -

ネオス インプラント いずれかに○をご記入ください。 いずれかに○をご記入ください。 いずれかに○をご記入ください。

商品名	種類	サイズ	長さ	数量
ネオス プロアクティブ インプラント 	ストレート/テーパー	φ3.5/φ4.0/φ4.5	9mm/11mm/13mm	
	ストレート/テーパー	φ3.5/φ4.0/φ4.5	9mm/11mm/13mm	
	ストレート/テーパー	φ3.5/φ4.0/φ4.5	9mm/11mm/13mm	
	ストレート/テーパー	φ3.5/φ4.0/φ4.5	9mm/11mm/13mm	
	ストレート/テーパー	φ3.5/φ4.0/φ4.5	9mm/11mm/13mm	
	ストレート/テーパー	φ	mm	
	ストレート/テーパー	φ	mm	
	ストレート/テーパー	φ	mm	

すべてのインプラント キットには、ヒーリングアバットメントPEEK、アバットメントスクリューTi、カバースクリューが含まれます。

その他の商品をご注文の場合は、下記フリーオーダーフォームをご利用ください。

	商品名	種類	サイズ	長さ	数量
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

ご注文方法 》 新規お取引の歯科医院様は、『新規取引開始書』をご提出していただく必要がございます。
本オーダーシートを受理後、新規取引開始書を送付させていただきます。



株式会社 デンタリード[®] ネオス・ジャパン事業部

〒101-0052 東京都千代田区神田小川町 1-11 千代田小川町クロスタ 12 階 TEL : 03-5289-3511 FAX : 03-5289-3512



ホームページからも
ご注文いただけます。