



**Colegio de Odontólogos**  
de la Provincia de Buenos Aires  
**Distrito IV**

EMITIDO

PARA ENTREGAR

DIA	MES	AÑO

DIA	MES	AÑO

**ORIGINAL N°**

Nombre y apellido del protesista. Señor .....

PACIENTE: .....

INDICACIONES.....

.....

.....

.....

.....

COLOR: .....

Sr. Odontólogo: La utilización de esta orden es necesaria a fin de fiscalizar el ejercicio ilegal de la profesión, y debe acompañar a cualquier trabajo que se envíe al laboratorio. (Ley 14163)

SELLO Y FIRMA



**Colegio de Odontólogos**  
de la Provincia de Buenos Aires  
**Distrito IV**

EMITIDO

PARA ENTREGAR

DIA	MES	AÑO

DIA	MES	AÑO

**DUPLICADO N°**

Nombre y apellido del protesista. Señor .....

PACIENTE: .....

INDICACIONES.....

.....

.....

.....

.....

COLOR: .....

Sr. Odontólogo: La utilización de esta orden es necesaria a fin de fiscalizar el ejercicio ilegal de la profesión, y debe acompañar a cualquier trabajo que se envíe al laboratorio. (Ley 14163)

SELLO Y FIRMA