



NOM DU PATIENT :

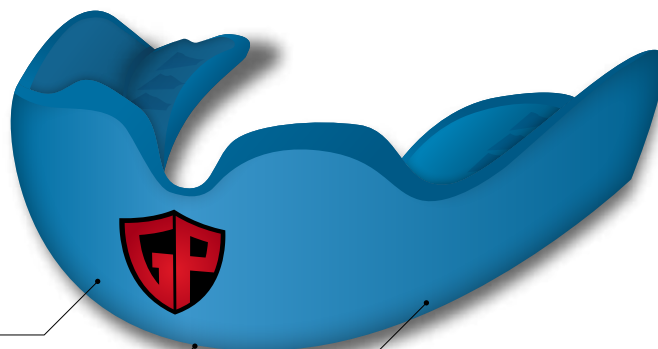
DATE DE LIVRAISON SOUHAITÉE :

E-MAIL DU PATIENT :

TEL. DU PATIENT :

BÉANCE DE VENTILATION : OUI NON

JUNIOR  **LAYER**



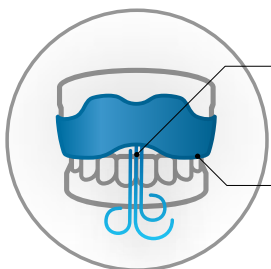
COUCHE EXTERNE
THERMOFORMÉE À 5 BARS

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

ENGRENNEMENT 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