

NUEVO

# SR Vivodent® SPE

El diente singular para elevadas exigencias

FORMULARIO DE PEDIDO

Caso: Señora M.C., prótesis dental, Liechtenstein

*¡Simplemente  
Brillante!*

OFERTA DE LANZAMIENTO

**2+2**

DESCUENTO DEL 50%



\* Una oferta por cliente en 2015.



Para más información:  
[www.ivoclarvivadent.com/pe-toothline](http://www.ivoclarvivadent.com/pe-toothline)

ivoclar  
vivadent®  
passion vision innovation

## COMO ADHERIRSE A LA OFERTA:

Entregar este formulario a su distribuidor autorizado  
o  
contacte directamente con Ivoclar Vivadent de la siguiente manera:

TLF 91 375 78 20 - FAX 91 375 78 38 - MAIL [promociones.es@ivoclarvivadent.com](mailto:promociones.es@ivoclarvivadent.com)

**Compre una dentadura completa compuesta de 2 tablillas anteriores de SR Vivodent® S PE + 2 tablillas posteriores de SR Orthotyp® S PE, al precio especial de 38,50 € + IVA en lugar de ~~77,00 €~~ + IVA.**

**SI**, me gustaría aprovechar la oferta y hacer el pedido\*:

\* El laboratorio puede acogerse a la oferta solamente una vez (marque con una sola "X" el paquete elegido).

SR Vivodent S PE Pequeño			
<input type="checkbox"/>	Color 2B		
Forma			
A13	A5	N3U/N3L	
<input type="checkbox"/>	Color 2A		
Forma			
A13	A5	N3U/N3L	
<input type="checkbox"/>	Color 4A		
Forma			
A13	A5	N3U/N3L	

SR Vivodent S PE Mediano			
<input type="checkbox"/>	Color 2B		
Forma			
A66	A6	N4U/N4L	
<input type="checkbox"/>	Color 2A		
Forma			
A66	A6	N4U/N4L	
<input type="checkbox"/>	Color 4A		
Forma			
A66	A6	N4U/N4L	

SR Vivodent S PE Grande			
<input type="checkbox"/>	Color 2B		
Forma			
A14	A9	N6U/N6L	
<input type="checkbox"/>	Color 2A		
Forma			
A14	A9	N6U/N6L	
<input type="checkbox"/>	Color 4A		
Forma			
A14	A9	N6U/N6L	

Todos los precios son, precios de venta recomendados sin IVA. Salvo error u omisión. Oferta válida hasta el 15 de Diciembre de 2015.

Póngase en contacto conmigo - me gustaría una visita del personal de Ivoclar Vivadent

Con el fin de garantizar el procesamiento es requisito indispensable rellenar todos los datos.

### DISTRIBUIDOR AUTORIZADO IVOCLAR VIVADENT

Laboratorio

Nombre

Apellidos

Calle

Nº

Ciudad

Prov.

Teléfono

E-mail

Fecha, firma

Por la presente doy mi conformidad para que mis datos arriba citados sean archivados, procesados y utilizados por Ivoclar Vivadent AG y las compañías del Grupo Ivoclar Vivadent, para que me mantengan informado sobre los productos, servicios o actividades a través de fax o correo electrónico. En cualquier momento podré retirar mi consentimiento de forma total o parcial con validez para el futuro mediante comunicación a [info@ivoclarvivadent.com](mailto:info@ivoclarvivadent.com)

Fecha, firma

Si  No