

.....
/Pieczętka placówki kierującej/

.....
/miejsowość, data/

SKIEROWANIE

Pacjent **PESEL**

Proszę o wykonanie

.....
.....
.....

Opis dotychczasowego leczenia

.....
.....
.....
.....

.....
/pieczętka i podpis lekarza zlecającego/

*Do skierowania proszę dołączyć lub wysłać emailem na adres repcja@superdentist.pl dokumentację zdjęciową RTG.