

Lekarz kierujący

.....

Gabinet

.....

Telefon kontaktowy

.....

SKIEROWANIE

Do Centrum Stomatologii i Implantologii

ABCDent

ul. Wrocławska 8; Kraków

tel. +48 12 632 97 46

+48 668 37 48 74

Dane pacjenta:

Diagnoza i leczenie dotychczasowe:

Cel skierowania:

Data

.....

Pieczętka i podpis lekarza

.....