PIECZĄTKA PLACÓWKI ZLECAJĄCEJ

ZLECENIE PRACY PROTETYCZNEJ

DATA

LEKARZ

PACJENT

OPIS PRACY

KOLOR

TERMIN 1

TERMIN 2

TERMIN 3

PODPIS LEKARZA
Z OBOWIĄZKIEM ZAPŁATY

CLEARDENT

(OS. 3 STAWY)
UL. PADEREWSKIEGO 65/95 KATOWICE
TEL. +48 693-516-888