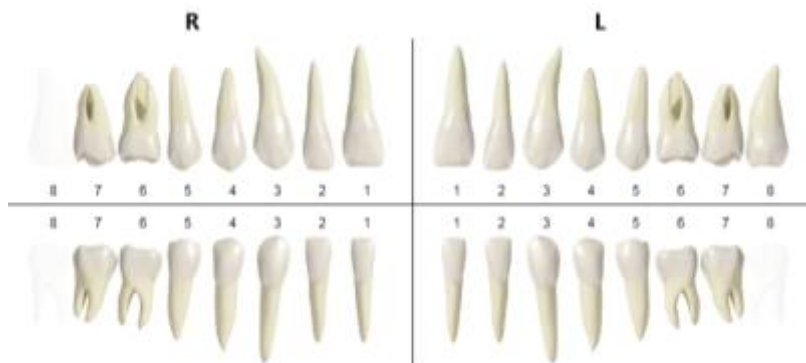


## SKIEROWANIE NA ZABIEG CHIRURGICZNY

Imię i nazwisko pacjenta \_\_\_\_\_ Lekarz kierujący \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_



### CEL SKIEROWANIA

Gabinety  
Stomatologiczne  
- Piastowska

### DOTYCHCZAS STOSOWANE LEKI ORAZ WYKONYWANE ZABIEGI

### UWAGI