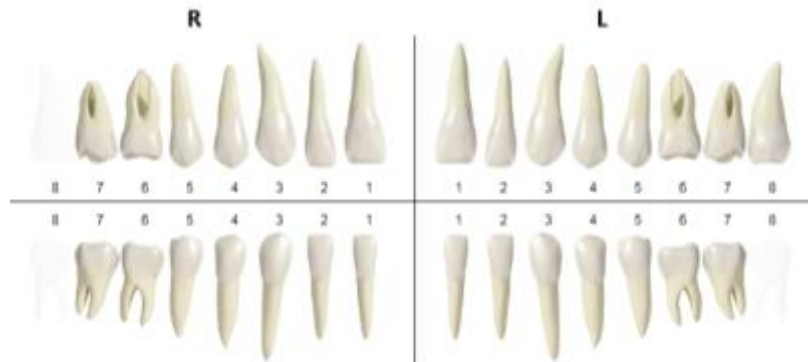


SKIEROWANIE NA ZABIEG PERIODONTOLOGICZNY

Imię i nazwisko pacjenta _____ Lekarz kierujący _____

PESEL _____ Telefon _____



CEL SKIEROWANIA

Gabinet
Stomatologiczny
- Piastowska

DOTYCHCZAS STOSOWANE LEKI ORAZ WYKONYWANE ZABIEGI

UWAGI