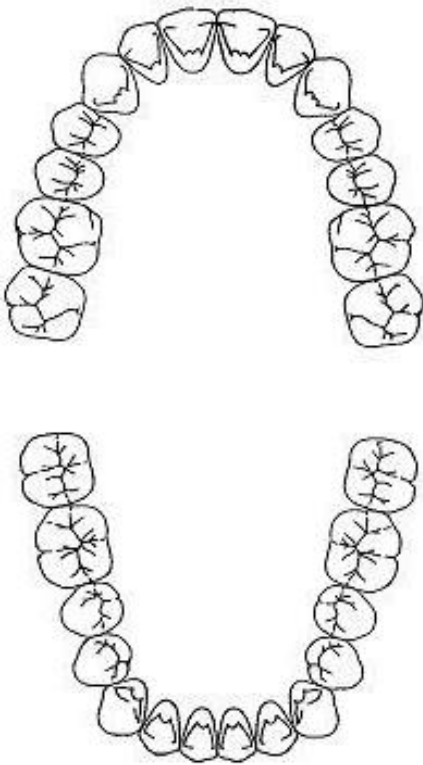


SKIEROWANIE NA ZABIEG WYDŁUŻENIA

KORONY KLINICZNEJ ZĘBA

Imię i nazwisko pacjenta _____ Lekarz kierujący _____

PESEL _____ Telefon _____



RODZAJ PLANOWANEGO UZUPEŁNIENIA PROTETYCZNEGO

Gabinet
Stomatologiczny
- Piastowska

**PROSZĘ ZAZNACZYĆ POWIERZCHNIE
DO WYDŁUŻENIA**

UWAGI