SKIEROWANIE NA BADANIE RTG

PAN/PANI..................................................................................................

PESEL........................................................................................................

ADRES.......................................................................................................

ZDJĘCIE ZĘBOWE

ZDJĘCIE PANTOMOGRAFICZNE

ZDJĘCIE CEFALOMETRYCZNE BOCZNE

PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA

ALAMED PRACOWNIA BADAŃ MEDYCZNYCH

GRÓJEC UL. M. KOPERNIKA 8A

TEL. 48 661 27 33

CZYNNE: OD PONIEDZIAŁKU DO PIĄTKU 9 – 18

PRZERWA 13 – 14 **www.alamed.com.pl**