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**