

Skierowanie do **NZOZ Poliklinika Stomatologiczna „Pod Szyndzielnią” Sp. z o.o.**

Proszę o przeprowadzenie zabiegu w zakresie:

1. implantologii i implantoprotetyki:

.....
.....

(zakres leczenia)

.....
.....

2. chirurgii stomatologicznej:

.....
.....

(zakres leczenia)

.....
.....

3. endodoncji z mikroskopem:

.....
.....

(zakres leczenia)

.....
.....

4. innych zabiegów stomatologicznych

.....
.....

(zakres leczenia)

.....
.....

Pieczętka i podpis gabinetu kierującego

Kontakt: kom. 0 697 15 15 15, tel. +48 (33) 815 15 15 , info@polmedico.com