Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adres e-mail (wielkimi literami)

Wniosek pacjenta o zaświadczenie

Ja niżej podpisana/y niniejszym wnoszę o wydanie zaświadczenia:

- ☐ o składzie implantów
- ☐ o składzie retainera
- ☐ o składzie aparatu ortodontycznego
- ☐ inne, jakie?..

Zaświadczenie odbiorę osobiście/ odbierze osoba przeze mnie upoważniona/ odbiorę mailowo *

………………………………………………

data i miejscowość, podpis pacjenta

*niepotrzebne skreślić