Dane podmiotu (miejscowość), dnia…………..…….

SKIEROWANIE NA EKSTRAKCJĘ ZĘBA

Proszę o wykonanie ekstrakcji zęba……………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………....

U Pan(i)……………………………………………………………………………………………...........

Adres…………………………………………………………………………………………………………

PESEL…………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………..

Pieczątka i podpis lekarza

Dane podmiotu Biłgoraj, dnia…………..…….

SKIEROWANIE NA EKSTRAKCJĘ ZĘBA

Proszę o wykonanie ekstrakcji zęba……………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………....

U Pan(i)……………………………………………………………………………………………...........

Adres…………………………………………………………………………………………………………

PESEL…………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………..

Pieczątka i podpis lekarza