



**Dental
Medicenter**

www.dentalmedicenter.pl

SKIEROWANIE

Imię i nazwisko pacjenta:

.....

PESEL:

Proszę o wykonanie badania:

- Pantomogram
- Cefalometria/Tele
- zdj. zębowe – lok:.....
- inne

Cel badania:

Informacje niezbędne do przeprowadzenia badania:

.....
.....

Pieczętka Placówki

Data

Pieczętka i podpis lekarza

ul. Powstańców Śląskich 123, 01-355 Warszawa

tel. 0-22 638 02 83, tel. kom. 600 001 531

Pracownia RTG czynna: od pon. do pt. 9:00-20:00, soboty 9:00-13:00

e-mail: recepca@dentalmedicenter.pl



ul. Powstańców Śląskich 123, 01-355 Warszawa
tel. 0-22 638 02 83, tel. kom. 600 001 531

Pracownia RTG czynna: od pon. do pt. 9:00-20:00, soboty 9:00-13:00

e-mail: recepcja@dentalmedicenter.pl