

NEOELDENT
ul. Graniczna 59
42-300 Myzków

ZGODA NA WYKONANIE ZDJĘCIA PUNKTOWEGO KOBIETY

Ja.....

Imię i nazwisko

Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie zdjęcia punktowego wewnątrzustnego zęba nr.....

Oświadczam, że nie jestem w ciąży.

Zostałam poinformowana szczegółowo o badaniu.

.....

data i czytelny podpis Pacjentki