

NEOELDENT
ul. Graniczna 59
42-300 Myszków

ZGODA NA WYKONANIE ZDJĘCIA PUNKTOWEGO MĘŻCZYZNY

Ja.....

Imię i nazwisko

Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie zdjęcia punktowego wewnątrzustnego zęba nr.....
Zostałem poinformowany szczegółowo o badaniu.

.....

data i czytelny podpis Pacjenta