

CURE E PROTESI DENTARIE _ dichiarazione del Medico Dentista

Il sottoscritto _____ dichiara che nel

Periodo dal _____ al _____ ha sottoposto il paziente Sig. _____

Alle seguenti estrazioni, cure o protesi :

ESTRAZIONI	DX	SX
	<u>87654321</u>	<u>12345678</u>
	87654321	12345678

CURE	DX	SX
	<u>87654321</u>	<u>12345678</u>
	87654321	12345678

PROTESI	DX	SX
	<u>87654321</u>	<u>12345678</u>
	87654321	87654321

Luogo e data _____

Timbro e firma del Medico dentista