

Nº 9

CERERE

Numele, Prenumele, anul naşterii

Telefomul de contact, E-mail

Numele, Prenumele, anul naşterii

Fișa medicală a pacientului stomatologic Nr. _____ Medic _____

[illegible]

Nr.	Data	Cod procedură	Preț, lei	Unități	Suma, lei	Semnătura Medicului	Semnătura Pacientului

Sunt de acord să achit tratamentul și declar pe propria răspundere, că în cazul în care mă răgândesc sau abandonez tratamentul pe parcursul acestuia, nu voi avea nici o pretenție cu privire la returnarea sumei achitate inițial.
Sunt informat (ă) despre condițiile și modul de prestare a serviciilor solicitate.

Data " " 20

Semnătura