MYDENT
hambaravikliinik

Saatekiri

Refferal letter

PATSIENT PATIENT		ARST DOCTOR	
Eesnimi First name		**Eesnimi** First name	
Perenimi Surname		**Perenimi** Surname	
Isikukood ID nr		**Ettevõte** Company	
		Telefon Phone	
Kuupäev Date		**Allkiri** Signature	

Uuringu täpsustus / details and specifications:

MyDent Hambaravikliinik
Papiniidu 58-50, 80022, Pärnu
Telefon: +372 56 970 200
E-post: info@mydent.ee