



Kedves!

Kérjük jelenj meg:

20.....évhónapján
..... óra perckor

szakrendelésünkön a fogszabályozási kezelés megkezdése céljából.

Leendő kezelőorvosod:

Tisztelt Szülő (Gondozó) !

Amennyiben az időpont nem felel meg Önöknek vagy a kezelésre nem tartanak igényt, kérjük a fent jelzett időpontig a 94/311-542/339 -es telefonszámon, személyesen vagy levélben visszajelezni szíveskedjenek.

Amennyiben a gyermek - visszajelzés nélkül – nem jelenik meg az adott időpontban, úgy szakrendelésünkön a fogszabályozó kezelés csak újbóli várólistára való kerüléssel lehetséges.

Levelezési cím:

Markusovszky Egyetemi Oktatókórház.
Orthodontiai Szakrendelés
9700 Szombathely
Március 15. tér 7.

Szombathely, 20.....

.....
aláírás