

DICHIARAZIONE DEL MEDICO DENTISTA

Il sottoscritto _____

dichiara che in data _____ ha fornito al

Sig. _____ nato il _____

Le seguenti prestazioni:

- Protesi dentarie
- Cure

I denti interessati sono quelli indicati nel seguente schema:

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

(il medico dentista)