

Formularz zgłoszeniowy do programu
Zdrowe Zęby Naszych Dzieci

Nazwa gabinetu:	
Nazwisko lekarza zgłaszającego:	
Adres :	
Telefon:	
Adres mailowy:	
Godziny przyjęć gabinetu:	
Zakres możliwych działań leczniczych (prosimy wpisać tak/nie):	
– przegląd	
– lakowanie/fluoryzacja zębów	
– zabiegi higienizacji	
– wypełnienia ubytków	
– pełny zakres leczenia osób do 16 roku życia	