



**Skierowanie do Stomatologii Specjalistycznej Paweł Zimny**

**Proszę o przeprowadzenie zabiegu w zakresie:**

**1. implantologii i implantoprotetyki:**

.....  
(zakres leczenia)  
.....

**2. chirurgii stomatologicznej:**

.....  
(zakres leczenia)  
.....

**3. endodoncji z mikroskopem:**

.....  
(zakres leczenia)  
.....

Pieczątka i podpis gabinetu kierującego

**Kontakt:**

[klinika@implanty-bielsko.pl](mailto:klinika@implanty-bielsko.pl); telefon kontaktowy: 731 789 667, 694 919 757