

POTVRDENIE O ABSOLVOVANÍ DENTÁLNEJ HYGIENY

A) Identifikačné údaje poistenca

Meno:														
Priezvisko:														
Rodné číslo/IČP*:														
Ošetrovanie absolvované dňa:														
		/		/										

Pečiatka a podpis PZS**:

--

* Identifikačné číslo poistenca

** PZS - poskytovateľ zdravotnej starostlivosti

POTVRDENIE O ABSOLVOVANÍ DENTÁLNEJ HYGIENY

A) Identifikačné údaje poistenca

Meno:														
Priezvisko:														
Rodné číslo/IČP*:														
Ošetrovanie absolvované dňa:														
		/		/										

Pečiatka a podpis PZS**:

--

* Identifikačné číslo poistenca

** PZS - poskytovateľ zdravotnej starostlivosti