

K-DENTAL Jakub Dryżałowski
Pracownia Techniki Dentystycznej
Tel. 515 912 976, e-mail: j.dryzalowski@gmail.com

ZLECAJĄCY: GABINET / LEKARZ

NR ZLECENIA:

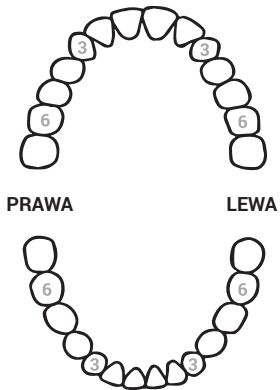
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

RODZAJ PRACY:

TERMIN ODDANIA PRACY:

KOLOR / DODATKI:

OPIS PRACY:



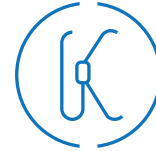
PRAWA LEWA



P L



DATA I PODPIS ZLECAJĄCEGO:



K-DENTAL Jakub Dryżałowski
Pracownia Techniki Dentystycznej
Tel. 515 912 976, e-mail: j.dryzalowski@gmail.com

ZLECAJĄCY: GABINET / LEKARZ

NR ZLECENIA:

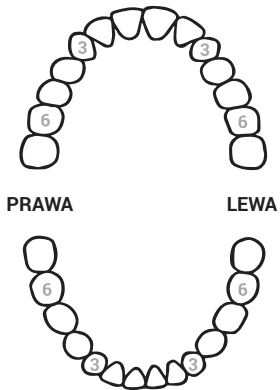
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

RODZAJ PRACY:

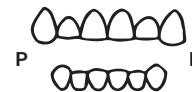
TERMIN ODDANIA PRACY:

KOLOR / DODATKI:

OPIS PRACY:



PRAWA LEWA



P L



DATA I PODPIS ZLECAJĄCEGO: