



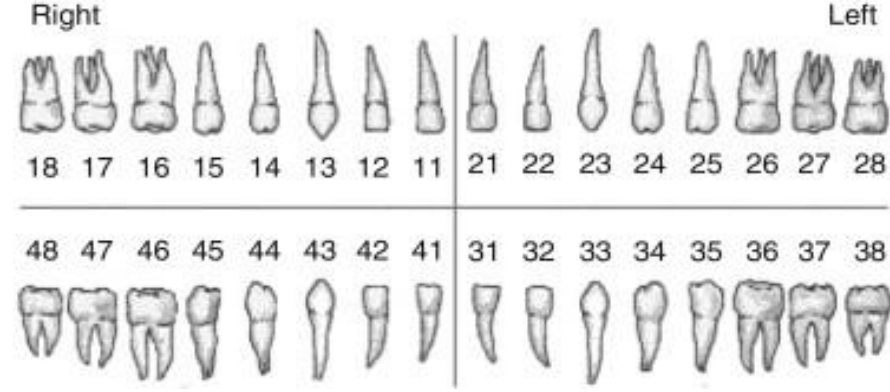
ORDU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
ZİRKONYUM KABUL VE TAAHHÜT FORMU

DOK.KODU:HD.RB.20	YAY.TRH:21.02.2020	REV.TRH:	REV.NO:	SAYFA NO: 1 / 1
-------------------	--------------------	----------	---------	-----------------

Ordu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde yaptırmış olduğum diş protez tedavisinde ;

SAĞ

SOL



No'lu dişlere Kamu satış Tarifesinde mevcut S 404395 kodlu **zirkonyum kron** hizmetinin tarifedeki fiyatını kabul etmek suretiyle yaptırmak istiyorum.

(Hasta kendi el yazısı ile okudum,anladım,kabul ediyorum yazacak.)

Hasta Adı-Soyadı :

Tarih :

İmza :

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite Yönetim Birimi	Kalite Yönetim Direktörü	Baştabip