Ettepanekute ja tänu avaldamise vorm

Patsiendi nimi_____
Kuupäev_____

Lp. patsient

ANNA SEE LEHT PALUN PEALE TÄITMIST SEKRETÄRILE VÕI SAADA MEILE E-MAILILE

Tallinna Maxilla Hambakliinik - tallinn@maxilla.ee

Tartu Maxilla Hambakliinik - tartu@maxilla.ee

Elva Maxilla Hambakliinik - elva@maxilla.ee