

Žiadosť o vystavenie certifikátu čelústneho ortopéda

Titul, meno a priezvisko:	
Som / nie som členom Slovenskej ortodontickej spoločnosti <small>Nehodiace sa prečiarknite</small>	
Fakturačné údaje:	
Názov firmy	
Ulica a číslo domu	
PSČ	
Obec	
IČO	DIČ
Telefón	
E-mail	

Adresa pre doručenie certifikátu (ak je odlišná od fakturačnej):

Meno a priezvisko
Ulica a číslo domu
Obec
PSČ

Spolu s notársky overenou kópiou špecializačného diplomu z čelústnej ortopédie doručte na adresu:

*MUDr. Patrícia Husárová
Bakossova 3i
974 01 Banská Bystrica
Ambulancia čelústnej ortopédie*