

<Logo Studio>
<Riga 1 Emittente>
<Riga 2 Emittente>
<Riga 3 Emittente>
<Riga 4 Emittente>

Magenta, <Data corrente>

Oggetto: DICHIARAZIONE DI RICEVUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALLA PROVA ESTETICA

Paziente <Cognome> <Nome>

Direttore Sanitario: Dr. Demetrio Lamloom

Io sottoscritto/a <Fraser completa>, avendo effettuato la prova estetica in data odierna (<Data corrente>), dichiaro che il trattamento è stato eseguito dal Dr./Dr.ssa <Cognome Op.> <Nome Op.>.

Dichiaro, inoltre, che il colore dalla scala è di mio gradimento, così come la forma e la misura della protesi realizzata, che consiste in:
<Prestazioni>

Dichiaro, infine, di essere stato/a adeguatamente informato e di essere a conoscenza del trattamento eseguito nonché delle raccomandazioni *post* trattamento.

Letta l'informativa, presto il mio consenso affinché la protesi dentaria venga eseguita e terminata alle condizioni stabilite.

Magenta, <Data corrente>

Firma paziente <Cognome> <Nome>

Firma odontoiatra

Dr./Dr.ssa <Cognome Op.> <Nome Op.>

<Dati Fiscali Op.>
