

**Направление на компьютерную томографию и
рентгенологическое исследование стоматологического пациента в
ООО «Стоматологическая поликлиника «Ростошь»
по адресу: 460008 г. Оренбург, п. Ростоши, ул. Газпромовская, 72**

Ф.И.О _____

Дата рождения / ___ / _____ / _____ г.

Адрес постоянного места жительства _____

Цель исследования _____

Диагноз _____

Медицинская организация, выдавшая направление _____

Дата « ___ » _____ 20___ г

Подпись врача _____

(расшифровка подписи)

Документы необходимые с собой: паспорт

Телефон регистратуры: 8(3532)737701; 8(3532)737702