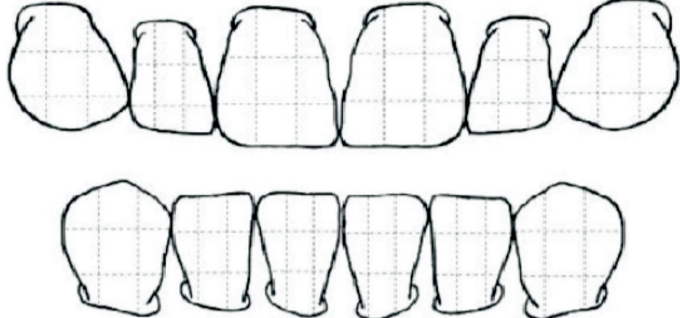



 CERAMIC ATELIER SZTUKA PROTETYKI <i>Agnieszka Górka</i>	ul. Perseusza 9, 80-299 Gdańsk, tel.660-797-791, e-mail: kontakt@ceramicatelier.com
	DATA: LEKARZ:

..... Imię i nazwisko pacjenta Wiek
-----------------------------------	---------------

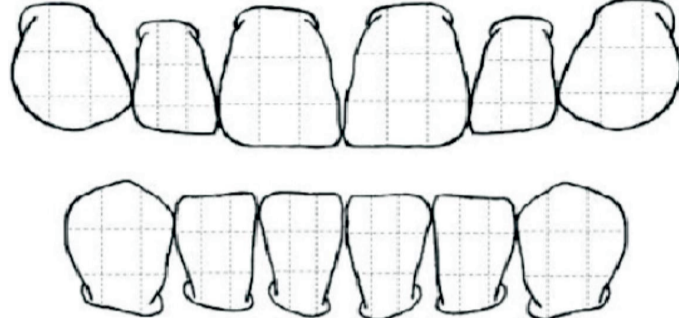
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
korony - ○	mosty - (XXX)
	

data miary podbudowy	data miary porcelany	data oddania pracy
pigmentacja części żującej <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pęknięcia szkliva <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	faktura <input type="checkbox"/> gładkie <input type="checkbox"/> z fakturą

Opis pracy:


 CERAMIC ATELIER SZTUKA PROTETYKI <i>Agnieszka Górka</i>	ul. Perseusza 9, 80-299 Gdańsk, tel.660-797-791, e-mail: kontakt@ceramicatelier.com
	DATA: LEKARZ:

..... Imię i nazwisko pacjenta Wiek
-----------------------------------	---------------

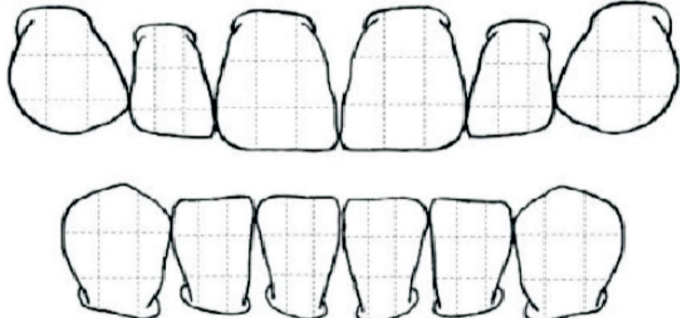
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
korony - ○	mosty - (XXX)
	

data miary podbudowy	data miary porcelany	data oddania pracy
pigmentacja części żującej <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pęknięcia szkliva <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	faktura <input type="checkbox"/> gładkie <input type="checkbox"/> z fakturą

Opis pracy:


 CERAMIC ATELIER SZTUKA PROTETYKI <i>Agnieszka Górka</i>	ul. Perseusza 9, 80-299 Gdańsk, tel.660-797-791, e-mail: kontakt@ceramicatelier.com
	DATA: LEKARZ:

..... Imię i nazwisko pacjenta Wiek
-----------------------------------	---------------

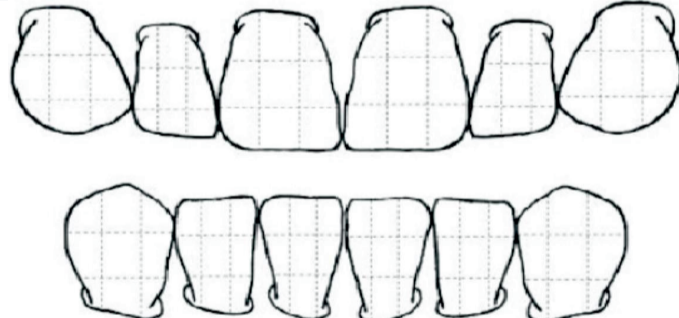
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
korony - ○	mosty - (XXX)
	

data miary podbudowy	data miary porcelany	data oddania pracy
pigmentacja części żującej <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pęknięcia szkliva <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	faktura <input type="checkbox"/> gładkie <input type="checkbox"/> z fakturą

Opis pracy:

 CERAMIC ATELIER SZTUKA PROTETYKI <i>Agnieszka Górka</i>	ul. Perseusza 9, 80-299 Gdańsk, tel.660-797-791, e-mail: kontakt@ceramicatelier.com
	DATA: LEKARZ:

..... Imię i nazwisko pacjenta Wiek
-----------------------------------	---------------

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
korony - ○	mosty - (XXX)
	

data miary podbudowy	data miary porcelany	data oddania pracy
pigmentacja części żującej <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pęknięcia szkliva <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	faktura <input type="checkbox"/> gładkie <input type="checkbox"/> z fakturą

Opis pracy: