



FORMULAIRE D'APPROBATION

Je confirme que mon traitement sera terminé et fixé de manière permanente, comme sur les photos jointes et lors de la répétition (essai). Je suis conscient que toute modification que je demanderai après la finalisation définitive du traitement sera tarifée et facturée depuis le début.

J'ai lu, j'accepte, j'approuve.

Nom Prénom :

Date :

Signature :

Dis 212 Dental Group

Bayrampaşa Branch: Yenidoğan Mahallesi, Abdi İpekçi Cad. No:55 34030 Bayrampaşa İSTANBUL

Halkalı Atakent Branch: Atakent Mahallesi Atatürk Cad. No: 14/27 34303 Halkalı İSTANBUL

Phone: 444 5 212 **web:** www.dis212.com **email:** info@dis212.com