

MODULO ADESIONE "GUARDIA ODONTOIATRICA"

Il sottoscritto/a Dott./ssa _____

con studio dentistico nel Comune di _____

Via _____ n° _____

Tel. _____ Fax _____

e-mail _____

COMUNICA

di aderire al servizio per le emergenze odontoiatriche definito "Guardia Odontoiatrica"
e di aver compreso ed accettato il relativo Regolamento.

Comunica altresì le eventuali aperture del proprio studio nel mese di agosto.

PERIODO DI APERTURA NEL MESE DI AGOSTO 2021:

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

Data _____

Firma _____