



## FORMULAIRE D'APPROBATION

Je confirme que mon traitement sera terminé et respecté en permanence comme dans les photos

Jointes et les répétition .

Je suis conscient que toute les modifications que je demande après le traitement perpétuel se tarfié et facturé des le début .

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

Nom Prenom :

Date :

Singature :

**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.tr](http://www.dis212.com.tr) **email:** [info@dis212.com.tr](mailto:info@dis212.com.tr)