

## Clinique Jouvenet – Pr Alain GILBERT

. NOM (*Nazwisko*):

. PRENOM (*Imie*):

. DATE DE NAISSANCE (*Data urodzenia*):

. SEXE (*Plec - postawic "x"*): M (*meska*)  F (*zenska*)

. Coté (*Strona - postawic "x"*): Right (*Prawa*)  Left (*Lewa*)

. ADRESSE (*Adres*):

Rue (*ulica*):

CP (*kod pocztowy*): Ville (*miasto*):

Pays (*kraj*): Pologne

Téléphone (*telefon*): +48

FAX: +48 E-mail:

Please indicate form of payment (*Prosze wskazac forme platnosci - postawic "x"*) :

cash (*gotowka*):

carte de crédit (*karta kredytowa*):

chèque (*czek*):

**UWAGA: FICHE należy wysłać wraz z DEMANDE OPERATION !!!**