



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ORTODONTİ A.D.
ORTODONTİK TEDAVİ İÇİN TAAHÜTNAME

Doküman Kodu: HD.FR.08	Yayın Tarihi:18/10/2023	Revizyon No:0	Revizyon Tarihi:-	Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/1
---------------------------	----------------------------	---------------	-------------------	---------------------------

Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti Anabilim Dalında tedavi sıram gelip, muayene edildikten sonra en geç (30) gün içerisinde belirlenen malzeme listesini alıp gereken diş tedavilerimi de (**dolgu, kanal tedavisi, diş çekimi, diş taşı temizliği vb.**) bu süre içerisinde yaptıracağımı **taahhüt** ediyorum.

Aksi takdirde tedavi sıramın iptal olacağını ve hiçbir hak talebinde bulunmayacağımı kabul ediyorum.

(Okudum, anladım)

Tarih, Ad-Soyadı

İMZA

--