

Zaliczka na poczet wizyty – instrukcja płatności przelewem

Dokonując płatności rezerwującej termin wizyty za pomocą przelewu bankowego, należy kierować się poniższą instrukcją:

Nr konta: 22 1050 1461 1000 0090 8130 2102

Odbiorca: Klinika Akademii Stomatologii

Kwota: zgodna z wytycznymi dotyczącymi wizyty*

Tytuł: Imię i nazwisko – rezerwacja wizyty z dnia (tutaj data wizyty)

* wysokości kwot dostępne w regulaminie Kliniki, a także w zakładce „Wyciąg z regulaminu dotyczący rezerwacji wizyt w Klinice Akademii Stomatologii”