



DICHIARAZIONE

La sottoscritta Clinica della Parrucca di Affatato, con sede legale in Torino
Corso P. Eugenio 38/E dichiara che la sig. _____ si recherà
presso la Clinica della Parrucca di Torino (c.so P. Eugenio 38/E) per
l'acquisto di una protesi capillizia medicale come supporto a sopperire al
disagio psicologico dovuto dalla perdita dei capelli.

L'appuntamento è confermato per il giorno _____ alle ore _____

Data

Direzione

Clinica della Parrucca

Corso Principe Eugenio, 38/E
10122 TORINO - Tel. 011/43.10.52
www.clinicadellaparrucca.com