

**Titulli** psh. Dr. med

**Emri**

**Mbiemri**

**Numri i Telefonit**

**Numri i Celularit**

**Email**

**Ditëlindja** psh. 25.02.1980

**Gjinia**

Femër

Mashkull

**Spezializime** psh. Dentist

**Emri i Ordinancës/Klinikës**

**Adresa**

**Shteti**

**Qyteti**

**Kodi postar**

**Orari i punës**

Ditë	nga Ora	deri Ora		nga Ora	deri Ora
e hënë	<input type="text"/>	<input type="text"/>	—	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e martë	<input type="text"/>	<input type="text"/>	—	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e mërkurë	<input type="text"/>	<input type="text"/>	—	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e enjte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	—	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e premte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	—	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e shtunë	<input type="text"/>	<input type="text"/>	—	<input type="text"/>	<input type="text"/>
të dielën	<input type="text"/>	<input type="text"/>	—	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Informacione rreth Arsimimit

Institucioni	Drejtimi	Viti i fillimit	Viti i mbarimit

## Shërbimet

Shërbimi	Kohëzgjatja e shërbimit (min)	Çmimi në €

Me nënshkrimin tim deklaroj se kam lexuar dhe pranuar termat dhe kushtet e Doktorim.com

**Vendi, Data**

**Emri Mbiemri**

**Nënshkrimi**