Pieczęć placówki:

……..

SKIEROWANIE NA BADANIE MAMMOGRAFICZNE DIAGNOSTYCZNE finansowane z Funduszy Norweskich

Miejscowość, Data
……

Imię i nazwisko
……

PESEL:

Adres
……

Tel. kontaktowy
……

……
Podpis i pieczęć lekarza zlecającego badanie

Zapraszamy na bezpłatne badanie mammograficzne
finansowane z Funduszy Norweskich
kobiety w wieku 40 – 49 oraz 70 – 75 lat.

Konieczna wcześniejsza rejestracja: 58 666 24 44
i podpisane przez lekarza skierowanie.

Więcej informacji o badaniach na www.fundusze.mammo.pl

Pieczęć placówki:

……..

SKIEROWANIE NA BADANIE MAMMOGRAFICZNE DIAGNOSTYCZNE finansowane z Funduszy Norweskich

Miejscowość, Data
……

Imię i nazwisko
……

PESEL:

Adres
……

Tel. kontaktowy
……

……
Podpis i pieczęć lekarza zlecającego badanie

Zapraszamy na bezpłatne badanie mammograficzne
finansowane z Funduszy Norweskich
kobiety w wieku 40 – 49 oraz 70 – 75 lat.

Konieczna wcześniejsza rejestracja: 58 666 24 44
i podpisane przez lekarza skierowanie.

Więcej informacji o badaniach na www.fundusze.mammo.pl