

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