



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