

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.