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.