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](http://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](http://www.fundusze.mammo.pl)