



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)