



.....

(miejscowość i data)

pieczęć jednostki kierującej

**SKIEROWANIE DO PRACOWNI RTG, USG
ALAMED**

Grójec, ul. Mikołaja Kopernika 8A tel.: 48 661 27 33

Proszę o wykonanie wymienionych poniżej badań

U Pana(i) lat

Adres.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Badanie:

1)

2)

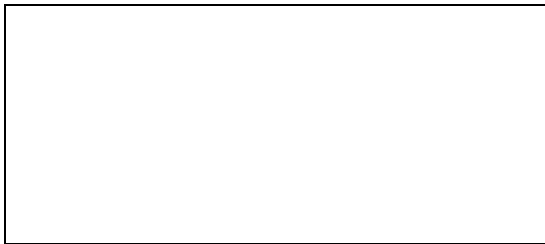
3)

Rozpoznanie:

.....
.....

.....

Czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego



.....

(miejscowość i data)

pieczęć jednostki kierującej

**SKIEROWANIE DO PRACOWNI RTG, USG
ALAMED**

Grójec, ul. Mikołaja Kopernika 8A tel.: 48 661 27 33

Proszę o wykonanie wymienionych poniżej badań

U Pana(i) lat

Adres.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Badanie:

1)

2)

3)

Rozpoznanie:

.....
.....

.....

Czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego