



Załącznik nr 4

**Projekt „Profilaktyka osteoporozy w makroregionie śląskim ”
POWR.05.01.00-00-0013/18**

.....
Pieczętka podmiotu kierującego skierowania

.....
data wystawienia

**SKIEROWANIE DO PORADNI SPECJALISTYCZNEJ
Centrum Reumatologii Sp. z o.o. w Ustroniu
43-450 Ustroń, ul. Szpitalna 11**

Imię i nazwisko Pacjenta.....

PESEL.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Nr telefonu.....

Rozpoznanie.....

.....
pieczętka i podpis
lekarza wystawiającego skierowanie
/osoby wykonującej badanie diagnostyczne

Wizytę umówić należy dzwoniąc pod nr tel: 33 854 26 40 wew. 240 lub 306 , 797 906 917

Obowiązuje od 24.04.2019r.

