VOLUMED
GABINETY SPECJALISTYCZNE

Pieczęć gabinetu lekarskiego/zakładu opieki zdrowotnej

SKIEROWANIE DO VOLUMED Gabinety Specjalistyczne
NA BADANIA PRENATALNE

Proszę o wykonanie badań prenatalnych u pacjentki:

Imię _____

Nazwisko _____

PESEL											

Ciąża _____ Wiek płodu/płodów. _____ [tyg / dni]

Data zlecenia dd-mm-rr _____/_____/_____

INFORMACJA DLA PACJENTA :
VOLUMED ul. Zdrowa 1/3
31-216 Kraków
tel.695 490 400, (12) 353 72 23
www.volumed.pl
Filia w Suchej Beskidzkiej:
MEDYK ul. Mickiewicza 56;
34-200 Sucha Beskidzka
tel. 608 842 988
www.medyk.info.pl

_____
Pieczęć i podpis lekarza zlecającego