Pieczęć gabinetu lekarskiego/zakładu opieki zdrowotnej

**SKIEROWANIE NA BADANIA PRENATALNE - NFZ**

Proszę o wykonanie badań prenatalnych u pacjentki

Imię

Nazwisko

Pesel

Tydzień ciąży ..... *

- -

Data zlecenia dd-mm-rr

INFORMACJA DLA PACJENTA
Prosimy o wcześniejszą rejestrację tel. 81 532 37 11
Pon.- pt. godz.: 7:00-19:00, sob.: 8:00-14:00

Pieczęć i podpis lekarza zlecającego

* Obowiązkowo wpisać