

V Plzni dne.....

Žádanka o dokumentaci

Jméno, příjmení..... RČ.....

Zdravotní pojišťovna.....

Kontaktní adresa.....

Telefonní číslo/e-mail
.....

Prosíme o předání mamografické dokumentace pro účely screeningového vyšetření na našem pracovišti.

Děkujeme za pochopení a spolupráci,

.....

Centrum mamografického screeningu

PRIVAMED a.s.

Kotíkovská 19, Plzeň, 323 00

Tel.: 377 182 414, 377 182 415