

pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon  
kod, nazwa komórki organizacyjnej  
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy



## Pracownia Rentgenodiagnostyki

Inowrocław, ul. Wojska Polskiego 7a  
tel. kom. 606 621 060

### SKIEROWANIE DO PRACOWNI RTG

Imię i nazwisko: .....wiek: .....

Adres: .....

.....

Pesel: \_ \_ \_ \_ \_

Proszę o wykonanie zdjęcia RTG.....

.....kod (ICD10).....

Rozpoznanie (co badanie ma wyjaśnić): .....

.....

.....  
data

.....  
podpis i pieczęć lekarza

# PRACOWNIA RENTGENODIAGNOSTYKI

INOWROCLAW  
osiedle Rąbin

ul. Wojska Polskiego 7A  
tel. kom. 606 621 060

Pracownia czynna:  
od poniedziałku do piątku  
11.00 - 19.00

