

data _____

(pieczęć jednostki kierującej)

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU RADIOLOGII
Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie

Imię i nazwisko _____

DATA URODZENIA

PESEL

Miejsce zamieszkania _____

Rodzaj badania _____

Cel badania _____

Rozpoznanie _____

(czytelna pieczęć lekarza kierującego i podpis)