



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



.....
.....
.....

.....
Data, miejscowość

Nazwa i Adres świadczeniodawcy

PROGRAM PROFILAKTYKI I WCZESNEGO WYKRYWANIA NOWOTWORÓW SKÓRY

SKIEROWANIE

Do: poradni chirurgii onkologicznej/chirurgii dermatologicznej onkologicznej:

Wielkopolskie Centrum Onkologii (rejestracja czynna .. tel.),
Poradnia dermatologiczna w Szczecinie (rejestracja czynna .. tel.),
Medica Pro Familia w Poznaniu (rejestracja czynna .. tel.),
Poradnia dermatologiczna w woj. lubuskim (rejestracja czynna .. tel.),
Stowarzyszenie (???) (rejestracja czynna .. tel.),

Pan/i (imię i nazwisko), numer PESEL:..... w dniu
miał/a wykonane profilaktyczne badanie skóry całego ciała o numerze, które wykazało
konieczność dalszej diagnostyki (badanie video/dermatoskopowego).

.....

Podpis lekarza