



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



.....
.....
.....
Nazwa i Adres świadczeniodawcy

.....
Data, miejscowość

.....
.....
.....
Dane świadczeniobiorcy

(Numer PESEL:..... Numer badania:)

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów skóry

Szanowna/y Pani/e

W dniu wykonano u Pani/a profilaktyczne badanie skóry całego ciała, które wymaga uzupełnienia.

W związku z powyższym uprzejmie proszę o zgłoszenie się do (nazwa ośrodka) celem wykonania badania video/dermatoskopowego. Termin badania prosimy ustalić telefonicznie.

.....

Podpis lekarza