



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita  
Polska**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



.....  
Pieczętka podmiotu kierującego

**SKIEROWANIE DO PORANI SPECJALISTYCZNEJ**  
Ośrodek Wczesnej Diagnostyki Chorób OUN w Wałczu

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania:.....

Telefon kontaktowy: .....

Rozpoznanie wstępne: .....

.....

.....  
Podpis i pieczętka lekarza kierującego

Termin umówionej wizyty: .....