



Jastrzębie-Zdrój, ul. Podmiejska 9a

Skierowanie na badanie PRENATALNE

Imię | _____ |

Nazwisko | _____ |

Adres | _____ |

PESEL | _____ |

WIEK CIAŻY (w tygodniach) :

_____ data

_____ Lekarz zlecający (pieczęć i podpis)

INFORMACJA DLA PACJENTKI

Rejestracja telefoniczna od poniedziałku do piątku

 **730 740 009**