



pieczęć jednostki kierującej

.....  
miejsowość, data

## SKIEROWANIE DO PROGRAMU BADAŃ PRENATALNYCH W RAMACH NFZ

Ginvita Clinic sp. z o.o. ul. Zakładowa 7CF, 50-231 Wrocław  
+48 71 881 09 70 kontakt@ginvita.pl

Dane Pacjentki.....

PESEL .....

Adres .....

Rozpoznanie .....

Tydzień ciąży .....

Dodatkowe informacje .....

.....

**GINVITA**  
CLINIC

Ginvita Clinic sp. z o.o. ul. Zakładowa 7CF,  
50-231 Wrocław  
+48 71 881 09 70 kontakt@ginvita.pl

.....  
podpis i pieczęć lekarza kierującego