……………………..………………………………………..

 miejscowość, data

Dyrektor

Białostockiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie

w Białymstoku

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………...

imię i nazwisko

PESEL……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………….

Adres zamieszkania

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………...

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………...

Adres do korespondencji (jeżeli adres do korespondencji jest taki sam jak adres zamieszkania, proszę nie wypełniać tego pola) …………………………………………………………………………..……………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………...

……………………………………………………………… ………………………………………………..…………………...

E-mail Numer telefonu

**Zgłaszam chęć skorzystania ze świadczenia usługi tłumacza PJM.**

Niniejsze zgłoszenie dotyczy: (\*wpisać właściwe, jak na skierowaniu)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………….

\*przyjęcie do szpitala

\*przyjęcie do poradni

\*przyjęcie do pracowni diagnostycznej (proszę wskazać pracownię diagnostyczną)