

Žádanka o pediatricko-genetické vyšetření

jméno:

r.č.: /

pojišťovna: dg:

Důvod vyšetření:

.....

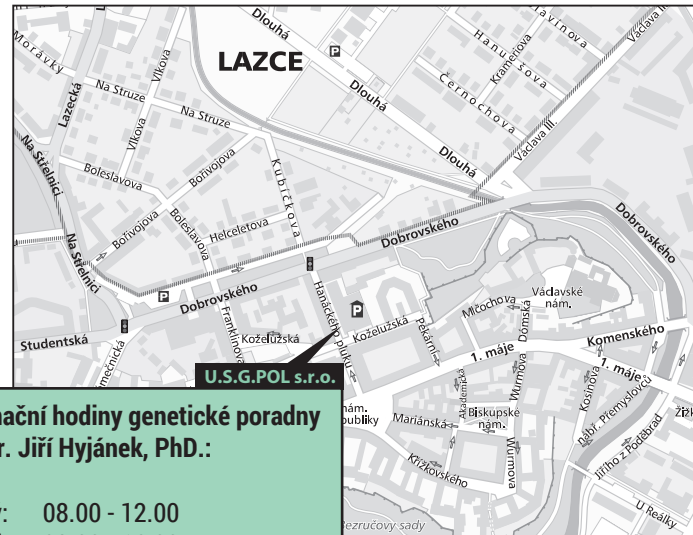
.....

.....

.....

.....

razítko, datum a podpis lékaře:



centrum prenatální diagnostiky
genetická poradna • gynekologická ambulance

Sídlo společnosti:
Hanáckého pluku 6, 770 00 Olomouc
Tel.: +420 585 242 733
Mobil: +420 603 887 567
E-mail: info@usgpol.cz
www.usgpol.cz

