

Załącznik nr 1

*Pełna nazwa świadczeniodawcy
wraz z adresem*

Data.....

Centralny Ośrodek Koordynujący
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
Państwowy Instytut Badawczy
02-781 Warszawa
ul. Roentgena 5

Oświadczenie I

Potwierdzam wybranie 2 kompletów mammogramów wykonanych w *Nazwa świadczeniodawcy*.

- 1 komplet z grupy ACR A(*nr identyfikacyjny badania*), numer seryjny aparatu,
- 1 komplet z grupy ACR D (*nr identyfikacyjny badania*), numer seryjny aparatu,

Dane radiologa:

Pieczątka i podpis

imię i nazwisko

specjalizacja

nr telefonu

Prosimy o odesłanie podpisanego egzemplarza do COK.