**Załącznik nr 1**

*Pełna nazwa świadczeniodawcy Data……………………*

*wraz z adresem*

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

Dane radiologa: *Pieczątka i podpis*

*imię i nazwisko*

*specjalizacja*

*nr telefonu*

Prosimy o odesłanie podpisanego egzemplarza do COK.