PESEL

ZESPÓŁ PORADNI
SPECJALISTYCZNEJ
Przychodnia Onkologiczna
Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej
im. św. JANA z DUKLI
w Lublinie

NAZWISKO _____ **IMIĘ** _____

DATA _____ **Nr** _____

Rozpoznanie kliniczne _____

Rozpoznanie Hist. Pat. _____

Druk. "GALENA" Z.P.W. 20-727 Lublin, ul. Urzędowska 18, tel./fax 081-526-07-73