



.....
(dane Zleceniodawcy)

ZLECENIE

do

Małopolskiego Ośrodka Medycyny Pracy, ul. Zygmunta Augusta 1, 31-504 Kraków

Zgodnie z § 2, ust.7 umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz określenie zasad współpracy stron umowy, proszę o **wykonanie innych badań**, które nie wynikają z narażenia na stanowisku pracy, według cen wynikających z „Cennika świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach umów zawartych przez MOMP” **załącznik Nr 3** do umowy

Pracownikowi (imię i nazwisko)

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(w przypadku, gdy osoba nie posiada numeru PESEL podać nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Wymienić badania:

.....

.....

.....
Data wystawienia

.....
Czytelny podpis osoby uprawnionej, kierującej na badanie