

**ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR .....**

**KARTA PACJENTA**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Data rozpoczęcia: ..... Data zakończenia: .....

**Diagnostyka bólów głowy 3T**

	Data i filia	Potwierdzenie wykonania - data
Konsultacja neurologiczna lub neurochirurgiczna		
MRI głowy 3T		