

**ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR .....**

**KARTA PACJENTA**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

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

**Profilaktyka ginekolog**

	Data i filia	Potwierdzenie wykonania - data
Cytologia		
USG piersi		
USG dopochwowe		
Konsultacja ginekologiczna		
Konsultacja ginekologiczna		