

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR

KARTA PACJENTA

Imię i nazwisko:

PESEL:

Data rozpoczęcia: Data zakończenia:

Diagnostyka pourazowa plus

	Data i filia	Potwierdzenie wykonania - data
Rezonans magnetyczny stawu		
Konsultacja ortopedyczna		

Rabat 20% na dodatkowe badania laboratoryjne i usługi rehabilitacyjne.