

**NZOZ „Centrum Medyczne”**  
**PORADNIA MEDYCYNA PRACY**  
**Al. Ks. Wałaga 3, 83-000 Pruszcz Gdański**

.....  
(data)

**Skierowanie na RTG KLATKI PIERSIOWEJ**  
**MD-TEAM Sp. z o.o., ul. Grunwaldzka 25, Pruszcz Gdański**

.....  
(nazwa zakładu pracy)

Imię i nazwisko pracownika.....

**NZOZ „Centrum Medyczne”**  
**PORADNIA MEDYCYNA PRACY**  
**Al. Ks. Wałaga 3, 83-000 Pruszcz Gdański**

.....  
(data)

**Skierowanie na RTG KLATKI PIERSIOWEJ**  
**MD-TEAM Sp. z o.o., ul. Grunwaldzka 25, Pruszcz Gdański**

.....  
(nazwa zakładu pracy)

Imię i nazwisko pracownika.....

**NZOZ „Centrum Medyczne”**  
**PORADNIA MEDYCYNA PRACY**  
**Al. Ks. Wałaga 3, 83-000 Pruszcz Gdański**

.....  
(data)

**Skierowanie na RTG KLATKI PIERSIOWEJ**  
**MD-TEAM Sp. z o.o., ul. Grunwaldzka 25, Pruszcz Gdański**

.....  
(nazwa zakładu pracy)

Imię i nazwisko pracownika.....

**NZOZ „Centrum Medyczne”**  
**PORADNIA MEDYCYNA PRACY**  
**Al. Ks. Wałaga 3, 83-000 Pruszcz Gdański**

.....  
(data)

**Skierowanie na RTG KLATKI PIERSIOWEJ**  
**MD-TEAM Sp. z o.o., ul. Grunwaldzka 25, Pruszcz Gdański**

.....  
(nazwa zakładu pracy)

Imię i nazwisko pracownika.....