

		<b>SKIEROWANIE DO BADANIA CYTOLOGIA GINEKOLOGICZNA PRACOWNIA DIAGNOSTYKI CYTOLOGICZNEJ Zakładu Diagnostyki Patomorfologicznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie</b>		
Pieczętka ośrodka kierującego		Ośrodek kosztów		
Imię i nazwisko:		PESEL:		
Adres zamieszkania:				
Rozpoznanie:				ICD10:
Data ostatniej miesiączki/ dzień cyklu	Data pobrania materiału	Godz. pobrania materiału	Nr szkiełka	Ilość szkiełek
Data i godzina przyjęcia materiału	Wyniki poprzedniego badania cytologicznego			Podpis i pieczętka osoby zlecającej

**Prosimy o zaznaczenie jednego z poniższych oświadczeń:**

1. Świadczenia zdrowotne objęte niniejszym skierowaniem są usługami w zakresie opieki medycznej, służącymi profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz usługami ściśle z tymi usługami związanymi, w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004r. o podatku od towarów i usług i jako takie są zwolnione od podatku VAT.
2. Świadczenia zdrowotne objęte niniejszym skierowaniem wymagają opodatkowania podatkiem VAT, w szczególności zalecane są w innych celach niż wymienione w pkt.1.