

		SKIEROWANIE DO BADANIA CYTOLOGIA GINEKOLOGICZNA PRACOWNIA DIAGNOSTYKI CYTOLOGICZNEJ Zakładu Patomorfologii NSSU ul. Jakubowskiego 2, 30-688 Kraków	
Pieczęć 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	Wynik poprzedniego badania cytologicznego:		Podpis i pieczęć 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.