



**МЕДИКА СПЕКТР**  
ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР

Наказ МОЗ України №3245 від 23.03.2017р

## НАПРАВЛЕННЯ НА ОБСТЕЖЕННЯ

СКТ     УЗД     МАМОГРАФІЯ

П.І.Б. пацієнта: .....

Дата народження: .....

Область обстеження: .....

Діагноз при направленні: .....

П.І.Б. лікаря: .....

Тел.: .....

Дата направлення: .....

м. Миколаїв, Обласний онкологічний диспансер  
вул. Миколаївська, 18  
Режим роботи: пн - сб: 08.00 - 18.00, нд: вихідний

**Обов'язковий попередній запис  
за телефонами: 0512-64-75-78  
моб.: 067-511-40-04**



**МЕДИКА СПЕКТР**  
ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР

Наказ МОЗ України №3245 від 23.03.2017р

## НАПРАВЛЕННЯ НА ОБСТЕЖЕННЯ

СКТ     УЗД     МАМОГРАФІЯ

П.І.Б. пацієнта: .....

Дата народження: .....

Область обстеження: .....

Діагноз при направленні: .....

П.І.Б. лікаря: .....

Тел.: .....

Дата направлення: .....

м. Миколаїв, Обласний онкологічний диспансер  
вул. Миколаївська, 18  
Режим роботи: пн - сб: 08.00 - 18.00, нд: вихідний

**Обов'язковий попередній запис  
за телефонами: 0512-64-75-78  
моб.: 067-511-40-04**



**МЕДИКА СПЕКТР**  
ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР

Наказ МОЗ України №3245 від 23.03.2017р

## НАПРАВЛЕННЯ НА ОБСТЕЖЕННЯ

СКТ     УЗД     МАМОГРАФІЯ

П.І.Б. пацієнта: .....

Дата народження: .....

Область обстеження: .....

Діагноз при направленні: .....

П.І.Б. лікаря: .....

Тел.: .....

Дата направлення: .....

м. Миколаїв, Обласний онкологічний диспансер  
вул. Миколаївська, 18  
Режим роботи: пн - сб: 08.00 - 18.00, нд: вихідний

**Обов'язковий попередній запис  
за телефонами: 0512-64-75-78  
моб.: 067-511-40-04**