**Załącznik nr 1**

*Pełna nazwa świadczeniodawcy Data……………………*

*wraz z adresem*

 Centralny Ośrodek Koordynujący

 Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie

 02-781 Warszawa

 ul. Roentgena 5

**Oświadczenie I**

 Potwierdzam wybranie 2 kompletów reprezentatywnych prawidłowych, najlepszych mammogramów wykonanych w *(Nazwa świadczeniodawcy)* na przestrzeni ostatnich …… miesięcy.

* 1 „tłuszczowy” (co najmniej 70% tkanki tłuszczowej) *(nr identyfikacyjny badania),*
* 1 „gruczołowy” (co najmniej 70% tkanki gruczołowej) *(nr identyfikacyjny badania).*

Dane radiologa: *Pieczątka i podpis*

*imię i nazwisko*

*specjalizacja*