

Oświadczenie do Załącznika nr 4 (Protokół Z Kontroli Jakości  
Świadczeniodawców Etapu Diagnostycznego)

.....  
*nazwa i adres jednostki*

.....  
*miejsowość, data*

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, że Pan/Pani.....ocenił/oceniła  
w Pracowni (nazwa).....

w okresie: 1.01.2016 - 31.12.2016 ..... badań  
cytologiczno-ginekologicznych.\*

\*prosimy podać dokładną liczbę badań

.....  
*podpis kierownika jednostki  
(lub osoby upoważnionej)*