**Załącznik nr 1**

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

*wraz z adresem*

Centralny Ośrodek Koordynujący

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie

Państwowy Instytut Badawczy

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*

*nr telefonu*

Prosimy o odesłanie podpisanego egzemplarza do COK.