**Załącznik nr 8**

 ……………………..............

(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej) (miejscowość i data)

**Skierowanie na konsultację do WOMP w Kielcach, ul. Karola Olszewskiego 2A**

**w związku z realizacją Zakładowego Programu Ochrony Słuchu**

Imię i nazwisko PESEL………………………….

Adres pacjenta…………………………………………………………………………………………………

Zakład pracy Stanowisko pracy………………………...

Cel konsultacji………………………………………………………………………………………………….

 Podpis i pieczęć lekarza

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Kielcach - Dział Promocji Zdrowia Formularz F/8 - W/2 - PR/ZPOS Strona 1 z 1

**Załącznik nr 8**

 ……………………..............

(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej) (miejscowość i data)

**Skierowanie na konsultację do WOMP w Kielcach, ul. Karola Olszewskiego 2A**

**w związku z realizacją Zakładowego Programu Ochrony Słuchu**

Imię i nazwisko PESEL………………………….

Adres pacjenta…………………………………………………………………………………………………

Zakład pracy Stanowisko pracy………………………...

Cel konsultacji………………………………………………………………………………………………….

 Podpis i pieczęć lekarza