



## ŽÁDANKA RTG VYŠETŘENÍ

# Zobrazovací centrum Zlín

jméno a příjmení .....

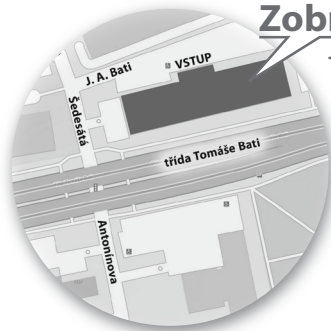
rodné číslo / datum narození .....

datum, razítko  
a podpis lékaře .....

**indikace a doplnění:** Na zubním kříži lze vyznačit oblast zájmu pro případný výřez.



**způsob doručení snímků:**  po pacientovi (CD, USB flash disk)  
 e-mailem: .....



## Zobrazovací centrum Zlín

J. A. Bati 5645, (areál Svit 51. budova), 760 01 Zlín

**pracovní doba:**  
Po-Čt 7<sup>30</sup>-11<sup>30</sup> 12<sup>00</sup>-15<sup>00</sup>  
(polední přestávka 11<sup>30</sup>-12<sup>00</sup>)  
Pá 7<sup>30</sup>-12<sup>00</sup>

tel: +420 731 443 056  
e-mail: zobrazovaci.centrum@camosci.cz  
www.camosci.eu



## ŽÁDANKA RTG VYŠETŘENÍ

# Zobrazovací centrum Zlín

jméno a příjmení .....

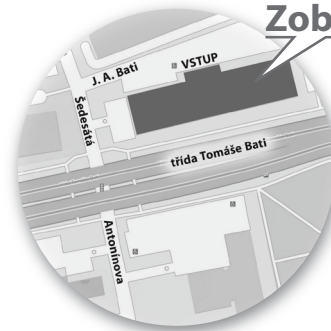
rodné číslo / datum narození .....

datum, razítko  
a podpis lékaře .....

**indikace a doplnění:** Na zubním kříži lze vyznačit oblast zájmu pro případný výřez.



**způsob doručení snímků:**  po pacientovi (CD, USB flash disk)  
 e-mailem: .....



## Zobrazovací centrum Zlín

J. A. Bati 5645, (areál Svit 51. budova), 760 01 Zlín

**pracovní doba:**  
Po-Čt 7<sup>30</sup>-11<sup>30</sup> 12<sup>00</sup>-15<sup>00</sup>  
(polední přestávka 11<sup>30</sup>-12<sup>00</sup>)  
Pá 7<sup>30</sup>-12<sup>00</sup>

tel: +420 731 443 056  
e-mail: zobrazovaci.centrum@camosci.cz  
www.camosci.eu



## ŽÁDANKA RTG VYŠETŘENÍ

# Zobrazovací centrum Zlín

jméno a příjmení .....

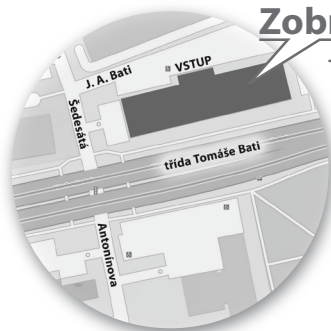
rodné číslo / datum narození .....

datum, razítko  
a podpis lékaře .....

**indikace a doplnění:** Na zubním kříži lze vyznačit oblast zájmu pro případný výřez.



**způsob doručení snímků:**  po pacientovi (CD, USB flash disk)  
 e-mailem: .....



## Zobrazovací centrum Zlín

J. A. Bati 5645, (areál Svit 51. budova), 760 01 Zlín

**pracovní doba:**  
Po-Čt 7<sup>30</sup>-11<sup>30</sup> 12<sup>00</sup>-15<sup>00</sup>  
(polední přestávka 11<sup>30</sup>-12<sup>00</sup>)  
Pá 7<sup>30</sup>-12<sup>00</sup>

tel: +420 731 443 056  
e-mail: zobrazovaci.centrum@camosci.cz  
www.camosci.eu



## ŽÁDANKA RTG VYŠETŘENÍ

# Zobrazovací centrum Zlín

jméno a příjmení .....

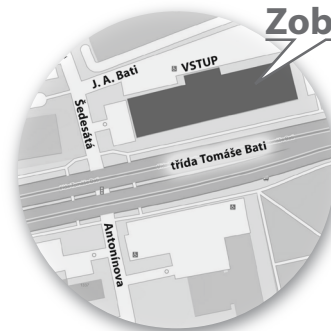
rodné číslo / datum narození .....

datum, razítko  
a podpis lékaře .....

**indikace a doplnění:** Na zubním kříži lze vyznačit oblast zájmu pro případný výřez.



**způsob doručení snímků:**  po pacientovi (CD, USB flash disk)  
 e-mailem: .....



## Zobrazovací centrum Zlín

J. A. Bati 5645, (areál Svit 51. budova), 760 01 Zlín

**pracovní doba:**  
Po-Čt 7<sup>30</sup>-11<sup>30</sup> 12<sup>00</sup>-15<sup>00</sup>  
(polední přestávka 11<sup>30</sup>-12<sup>00</sup>)  
Pá 7<sup>30</sup>-12<sup>00</sup>

tel: +420 731 443 056  
e-mail: zobrazovaci.centrum@camosci.cz  
www.camosci.eu