**Załącznik nr 3**

**………………………………………..** Poznań, dnia……………………

(Pieczątka Zamawiającego)

**Skierowanie na rezonans magnetyczny**

**Klinika Gastroenterologii Dziecięcej i Chorób Metabolicznych** Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu mieszcząca się przy ul. Szpitalnej 27/33, 60-572 Poznań kieruje na rezonans magnetyczny głowy

Pana/Panią.....................................................................................................................................

 (imię i nazwisko)

PESEL….......................................................................................................................................

kod pacjenta…...............................................................................................................................

Wyżej wymieniona osoba jest uczestnikiem badania naukowego pt. ,,Aktywność fizyczna wystarczająca dla zachowania funkcji poznawczych przy wsparciu technologii mobilnych: nowe paradygmaty w zdrowiu publicznym”.

Miejsce wykonywania badania: ………………………………………

………………………………………………………

pieczątka i podpis