



UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ

Dane Pacjenta

.....
Imię i nazwisko

____-____-____-____-____-____
PESEL/Data urodzenia:

Upoważniam Pana/Panią
Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa

legitymującego/cą się dowodem osobistym
seria, numer

.....
adres

.....
telefon

do odebrania moich wyników badań (RTG, MR, TK, USG, DEXA*) wykonanych
w Zakładzie Radiologii NIGRIR.

.....
data i podpis Pacjenta

* zakreślić właściwe badanie