



UPOWAŻNIENIE DO WYSYŁKI WYNIKÓW BADAŃ

Dane Pacjenta

.....
Imię i nazwisko

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

Proszę o przesłanie drogą listowną (pocztą za potwierdzeniem odbioru) wyników badań (RTG, MR, TK, USG, DEXA*) wykonanych w Zakładzie Radiologii NIGRIR w dniu na adres:

.....
Imię i nazwisko

.....
ulica

.....
kod pocztowy, miejscowość

.....
data i podpis Pacjenta

* zakreślić właściwe badanie