

Lubin, dn.

**UPOWAŻNIENIE DO ODEBRANIA WYNIKÓW/ZDJĘĆ/CD
RTG , TK , NMR
(niepotrzebne skreślić)**

Ja, niżej podpisany o nr PESEL
upoważniam Panią/Pana
do odbioru moich wyników badań wykonanych w Diagnostyce Obrazowej CDT Medicus przy ul.
Leśnej 8 w Lubinie. Seria i numer dowodu osobistego osoby odbierającej wynik seria
..... numer lub nr PESEL

.....

podpis osoby upoważniającej