

Lubin, dn.

**UPOWAŻNIENIE DO ODEBRANIA WYNIKÓW/ZDJĘĆ/CD
RTG / TK / MR / USG
(niepotrzebne skreślić)**

Ja, niżej podpisany o nr PESEL
upoważniam Panią/Pana
dowód osobisty seria i nr: do odbioru moich wyników
badań wykonanych w Diagnostyce Obrazowej CDT Medicus w Lubinie.

.....
czytelny podpis osoby upoważniającej