CDT MEDICUS
Centrum Diagnostyczno-Terapeutyczne MEDICUS

Pracownia Tomografu Komputerowego i RTG
Zakładu Diagnostyki Obrazowej CDT MEDICUS w Lubinie

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

CDT MEDICUS
Centrum Diagnostyczno-Terapeutyczne MEDICUS

Pracownia Tomografu Komputerowego i RTG
Zakładu Diagnostyki Obrazowej CDT MEDICUS w Lubinie

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