



REZONANS MAGNETYCZNY

40 - 872 Katowice

Zawiszy Czarnego 7a

tel. 32 444 67 09

Upoważnienie Pacjenta do odbioru wyników badań

Ja niżej podpisany / na

Numer PESEL / data urodzenia upoważniającego.....

Zam.:

Upoważniam Pana / Panią

Numer PESEL / data urodzenia upoważnionego

Zam.:

do odbioru wyników badań TK i/lub MR

.....
DATA

.....
PODPIS

DOKUMENTACJA PRZEKAZANA DO PRACOWNI	
Rodzaj dokumentacji	Ilość
Poprzedni wynik MR	
Poprzedni wynik TK	
Inne.....	