

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany/-a:

PESEL:

upoważniam Zakład Diagnostyki Obrazowej Lecznic Citomed Sp. z o.o. do wysłania mojego wyniku badania z dnia

.....

- Rezonansu Magnetycznego
- Tomografii Komputerowej
- Mammografii
- RTG
- Poprzednich wyników badań pozostawionych w dniu

.....

na poniższy adres:

Imię i nazwisko:

Ulica:

Kod pocztowy:

Miasto:

.....

Czytelny podpis, data