

UPOWAŻNIENIE

Kraków, dnia.....

Imię i Nazwisko Pacjenta, PESEL.....

Upoważniam panią/pana:.....

Do odbioru wyniku badania – Rezonans Magnetyczny

wykonany w Szpitalu Specjalistycznym im. J. Dietla w Krakowie ul. Focha 33

Nr Dowodu Osobistego osoby upoważnionej do odbioru wyniku.....

w załączeniu dostarczona dokumentacja:

....CD·USGOpisyKarta inf.inne

czytelny podpisdata.....

Potwierdzam odbiór wyniku badania oraz dostarczonej dokumentacji.

czytelny podpis