

WAŻNE!!!
PROSIMY O ZACHOWANIE KARTY - JEST ONA NIEZBĘDNA PRZY
ODBIORZE WYNIKÓW KT / RTG

Odbiór wyników po 2 tygodniach, od poniedziałku do piątku od godz.8.00 do 18.00
w pracowni RTG - Szpital (pierwsze piętro)

1.Potwierdzam, że osobiście odebrałam(em) wynik

Imię i Nazwisko.....Pesel.....

Data odbioru i podpis pacjenta.....

2.Upoważnienie

Imię i nazwisko Pacjenta.....Pesel.....

Upoważniam(Panią,Pana).....do odbioru wyniku

.....

data i podpis pacjenta

Podpis osoby wydającej wynik

WAŻNE!!!
PROSIMY O ZACHOWANIE KARTY - JEST ONA NIEZBĘDNA PRZY
ODBIORZE WYNIKÓW KT/RTG

Odbiór wyników po 2 tygodniach, od poniedziałku do piątku od godz.8.00 do 18.00
w pracowni RTG - Szpital (pierwsze piętro)

1.Potwierdzam, że osobiście odebrałam(em) wynik

Imię i Nazwisko.....Pesel.....

Data odbioru i podpis pacjenta.....

2.Upoważnienie

Imię i nazwisko Pacjenta.....Pesel.....

Upoważniam(Panią,Pana).....do odbioru wyniku

.....

data i podpis pacjenta

Podpis osoby wydającej wynik

