



UPOWAŻNIENIE DO WYSŁANIA WYNIKU BADANIA

Imię i nazwisko badanego pacjenta _____

PESEL _____

Upoważniam NZOZ radoMed Centrum Diagnostyczne Sp. z o.o. w Nysie

*do wysłania mojego wyniku badania MR z dnia _____
listem poleconym (za potwierdzeniem odbioru) na niżej wskazany adres*

Adres wysyłki wyniku badania MR

Imię i nazwisko _____

Ulica i nr domu / mieszkania _____

Kod pocztowy i miejscowość _____

Data _____

Czytelny podpis pacjenta _____