



CENTRUM MEDYCZNE SERCE SERCU SP. Z O.O.

**Pracownia Diagnostyki Obrazowej
32-031 Mogilany, Rynek 4, tel. 270 06 25**

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA WYNIKU BADAŃ RTG/MMG

.....
(miejsowość i data)

Ja, niżej podpisany

Zamieszkały/a.....
.....

Legitymujący się dowodem osobistym nr

Nr PESEL

Upoważniam Panią/Pana

Legitymującą/ego się dowodem osobistym nr.....

do odbioru wyników badań RTG/MMG.

.....
(czytelny podpis osoby upoważniającej)

.....
(data i czytelny podpis osoby upoważnionej)