

Lublin, dnia

.....
Imię i Nazwisko pacjenta

.....
PESEL pacjenta

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU BADANIA RADIOLOGICZNEGO

Upoważniam

Panią/Pana
urodzony/a dnia do odbioru mojego badania radiologicznego wykonanego
w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego SPOZ w Lublinie.

.....
czytelny podpis pacjenta

**ODBIÓR BADAŃ RADIOLOGICZNYCH: PONIEDZIAŁEK-PIĄTEK W GODZINACH 8.00-14:30,
NAGRYWANIE PŁYT CD Z SOR ODBYWA SIĘ W ZAKŁADZIE RADIOLOGII BLOK „B” OD 8:00-14:30**

Lublin, dnia

.....
Imię i Nazwisko pacjenta

.....
PESEL pacjenta

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU BADANIA RADIOLOGICZNEGO

Upoważniam

Panią/Pana
urodzony/a dnia do odbioru mojego badania radiologicznego wykonanego
w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego SPOZ w Lublinie.

.....
czytelny podpis pacjenta

**ODBIÓR BADAŃ RADIOLOGICZNYCH: PONIEDZIAŁEK-PIĄTEK W GODZINACH 8.00-14:30,
NAGRYWANIE PŁYT CD Z SOR ODBYWA SIĘ W ZAKŁADZIE RADIOLOGII BLOK „B” OD 8:00-14:30**