

WNIOSEK O PRZESŁANIE KOPII WŁASNEGO BADANIA MR/TK

DANE PACJENTA:

.....											
IMIĘ	NAZWISKO											
.....											
.....	ADRES											
.....	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											
E-MAIL	PESEL											

Ja niżej podpisany/a zwracam się z prośbą o przesłanie kopii mojego badania MR/TK .

.....
DATA BADANIA	MIEJSCE BADANIA

- Opis badania
- Papierowy
- Elektroniczny
- Płyta CD/DVD

.....

DATA I CZYTELNY PODPIS PACJENTA