

## PACJENT

IMIĘ

NAZWISKO

PESEL

BADANIE Z DNIA

**UPOWAŻNIAM DO ODBIORU MOJEGO WYNIKU BADANIA MR NIŻEJ  
WSKAZANĄ OSOBĘ.**

## OSOBA UPOWAŻNIONA

IMIĘ

NAZWISKO

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

DATA

CZYTELNY PODPIS PACJENTA/OPIEKUNA

## WYNIKI BADANIA ODEBRAŁEM(AM)

DATA

CZYTELNY PODPIS PACJENTA/OPIEKUNA

**PRACOWNIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO**

**Vitascan Sp. z o.o.**

📍 Nysa, ul. Bohaterów Warszawy 23-23a

☎ 77 464 54 35

✉ rejestracja@vitascan.pl

🌐 www.vitascan.pl