

## PACJENT

IMIĘ

NAZWISKO

PESEL

BADANIE Z DNIA

**UPOWAŻNIAM VITASCAN SP. Z O.O. W NYSIE DO WYSŁANIA MOJEGO  
WYNIKU BADANIA MR LISTEM POLECONYM (ZA POTWIERDZENIEM ODBIORU)  
NA NIŻEJ WSKAZANY ADRES.**

## ADRES WYSYŁKI

IMIĘ

NAZWISKO

ULICA I NUMER DOMU/MIESZKANIA

KOD POCZTOWY

ULICA I NUMER DOMU/MIESZKANIA

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