

U-081

Dolnośląski Ośrodek Diagnostyki Obrazowej
Ul. Kamińskiego 73a
51-124 Wrocław



UPOWAŻNIENIE

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PESEL PACJENTA

DATA BADANIA

Upoważniam Panią/Pana

Adres

Do odbioru mojego wyniku badania

.....
Podpis osoby upoważniającej