



**SP ZOZ w Kościanie**  
**PRACOWNIA MAMMOGRAFICZNA**  
tel. 065 08 55 wew. 401  
ul. Szpitalna 7

Kościan, dnia .....

Upoważniam ..... nr PESEL .....

do odbioru wyniku badania RTG wykonanego w dniu .....

.....  
podpis osoby upoważnionej

.....  
potwierdzenie odbioru