



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