 Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica

 64-920 Piła, ul. Rydygiera Ludwika 1

 NIP 764-20-88-098 REGON 001261820

 www.szpitalpila.pl, e-mail: wszpila@pi.onet.pl Załącznik nr 14 do Księgi Jakości Zakładu Radiologii

…………………………………………………………………………………….. Piła, dn. ……………………………………………….. Imię i nazwisko

………………………………………………………………………………………… adres

………………………………………………………………………………………….. poczta

 **Proszę o przesłanie wyniku mojego badania na podany adres.**

 ……………………………………………………………………………………………………..

 Czytelny podpis pacjenta ( w obecności pracownika rejestracji)