

Laboratorium Obrazowania Molekularnego
i Rozwoju Technologii
Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku Sp. z o.o.
ul. Żurawia 71A 15-540 Białystok
tel: 85 500 10 20

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany/-a

upoważniam Panią/Pana.....

legitymującą/ego się dowodem osobistym o nr

do odbioru mojego wyniku badania MR z dnia

.....

czytelny podpis i data