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 PET/MR z dnia ……………………………………………..

……………………………………………

 czytelny podpis i data