

Potwierdzenie rejestracji do badania TK

Niniejsze potwierdzenie należy okazać w rejestracji w dniu wykonania badania.

Imię i Nazwisko.....

PESEL Data wystawienia skierowania

Rodzaj badania.....

Potwierdzam :

1. Przekazanie skierowania na badania TK, które zostało dostarczone dnia

2. Rezerwację terminu badania w dniu o godzinie*

* Godziny badań są przybliżone i mogą ulec zmianie w powodu wykonywania badań pilnych

.....
Data i podpis rejestratorki

Zakład Diagnostyki Obrazowej ZOZ Sucha Beskidzka

Potwierdzenie rejestracji do badania TK

Niniejsze potwierdzenie należy okazać w rejestracji w dniu wykonania badania.

Imię i Nazwisko.....

PESEL Data wystawienia skierowania

Rodzaj badania.....

Potwierdzam :

3. Przekazanie skierowania na badania TK, które zostało dostarczone dnia

4. Rezerwację terminu badania w dniu o godzinie*

* Godziny badań są przybliżone i mogą ulec zmianie w powodu wykonywania badań pilnych

.....
Data i podpis rejestratorki