 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](mailto: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)