

Warszawa, dn. ....

### UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisana/-ny .....,  
PESEL ....., upoważniam Centrum Diagnostyki  
Obrazowej Sp. z o. o., ul. Modzelewskiego 35 lok. U9, 02-679 Warszawa do  
przesłania moich wyników badań wykonanych dnia ..... na  
adres mailowy:

.....

.....

Podpis osoby udzielającej upoważnienia