



Pracownie Rezonansu Magnetycznego
MR DIAGNOSTIC.PL Sp. z o.o. Sp. K.
NIP: 5783078480

Elbląg tel.: (55) 506 55 55
Iława tel.: (89) 506 55 66
Bartoszyce tel.: (89) 506 55 56
Działdowo tel.: (23) 306 75 55
www.mrdiagnostic.pl

ZGODA NA BADANIE ODPLATNE

Wyrażam zgodę na wykonanie badania rezonansem magnetycznym, którego koszt dobrowolnie zobowiązuje się ponieść.

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA:

RODZAJ BADANIA:

Zostałem poinformowany o możliwości i zasadach wykonania badania rezonansem magnetycznym w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

.....
(podpis pacjenta)

.....
(podpis pracownika MRD)