matersur
DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO: _____

ESTUDIO REALIZADO: _____

FECHA DE REALIZACIÓN: _____

TELÉFONO: _____

AUTORIZACIÓN PARA EL RETIRO DE ESTUDIOS POR PARTE DE TERCEROS

EN: ____/____/____

_____
(LUGAR Y FECHA)

Por la presente autorizo al sr/sra: _____

DNI: _____ A retirar en mi nombre el informe del estudio realizado En matersur.

Firma: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Sarmiento 151 - Bahía Blanca (8000)
Buenos Aires - Argentina
Tel.: (0291) 450-2155 / 2371
matersur@speedy.com.ar
www.matersur.com
/matersur /matersur