

Bydgoszcz,.....

Wezwanie po odbiór wyniku/ów badań

Pan(i) (imię i nazwisko).....

PESEL zamieszkała(y)

(adres).....

Proszę pilnie zgłosić się do Zakładu Patomorfologii Klinicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. A. Jurasza w Bydgoszczy po odbiór wyniku(ów).....

od poniedziałku do piątku w godzinach 7.00- 14. 35.

.....
Podpis i pieczętka lekarza