SIGMA MEDIC CENTRUM MEDYCZNE	**Wniosek o wydanie wyników badań za pośrednictwem poczty elektronicznej**	

.....
data

Wnioskodawca

.....
Imię i nazwisko, PESEL lub data urodzenia osoby występującej z wnioskiem

.....
Adres

.....
telefon

Niniejszym proszę o wysłanie wyników badań

Rodzaj badań .....

Data badania .....

Na podany adres e-mail .....

.....
podpis wnioskodawcy

Pracownik

.....
Data i godzina wysłania wyników

.....
z adresu email

.....
Podpis pracownika