

.....  
Miejscowość i data

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

NIEWADA CLINIC  
Paweł Niewada  
al. Wilanowska 5 lok. uż. 2  
02-765 Warszawa

## Wniosek o wydanie badania CBCT

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie badania CBCT:  
własnego / innej osoby<sup>1</sup> - tj. ....

.....  
Podpis przyjmującego wniosek

.....  
Podpis wnioskodawcy

---

Potwierdzam odbiór badania CBCT.

.....  
Data i podpis odbierającego

---

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić