

CENTRO DE RADIOLOGIA DE LA MAMA S.A.P.

C/ FERNAN GONZALEZ, 66

TEL: 91 574 94 18

RECOGIDA DE RESULTADOS

DÑA.: _____

FECHA Y FIRMA PACIENTE:

DNI: _____

FECHA DE REALIZACION: _____

RECOGIDA RESULTADOS A PARTIR DEL DIA: _____

DE LUNES A VIERNES DE 08.00 h A 22.00 h.

AUTORIZO A:

FECHA Y FIRMA AUTORIZADO:

D/DÑA: _____

DNI: _____