**Załącznik do umowy nr 3**

**(Wzór)**

**zlecenie aktualizacji danych teleadresowych**

 (dotyczy wysyłania oryginałów opisów badań w teleradiologii

oraz kontaktowych numerów telefonów)

Proszę o dostarczanie oryginałów wyników na poniższy adres:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa jednostki/komórki organizacyjnej** |  |
| **Ulica** |  |
| **Miasto** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Nr telefonu do pracowni/techników** |  |
| **Nr faksu pracowni** |  |

 ………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………

 Miejscowość i data Podpis osoby reprezentującej Zleceniodawcę

Potwierdzam przyjęcie zgłoszenia zmiany / ustalenia danych teleadresowych jednostki Zlecającej.

 ………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………

 Miejscowość i data Podpis osoby reprezentującej Zleceniodawcę