

**ΈΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΔΟΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

Δηλώνω υπεύθυνα, ότι, εγώ, ο/η

.....

ιατρός της .....

Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, παραλαμβάνω το CD  
και τα αποτελέσματα της Μαγνητικής Τομογραφίας του εσωτερικού ασθενούς

.....

**Ο/Η παραλαβών/ούσα**

**Όνοματεπώνυμο & Υπογραφή**