



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
2η ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΕΙΔΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΑ- ΜΕΤΑΞΑ  
ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ  
Δ/ΝΤΗΣ : ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΔΗΣ Μ.

## ΠΡΟΣΟΧΗ

### ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ – ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ

Η/Ο κάτωθι υπογεγραμμένος/η .....  
δηλώνω υπεύθυνα ότι σε περίπτωση που δεν μπορώ να παραλάβω ο/η ίδιος/α τα  
αποτελέσματα των εξετάσεών μου, τις απαντήσεις θα παραλάβει με πλήρη  
γνώση της απόφασής μου ο/η .....  
με Α.Δ.Τ. ....

(φωτοτυπία της ταυτότητας)

Ο/Η ΠΑΡΑΛΑΒΩΝ/ΟΥΣΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Ο/Η ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ  
ΥΠΟΓΡΑΦΗ

(Το παρόν έγγραφο διατίθεται στους χώρους του ακτινολογικού τμήματος, στους υπερήχους, στον αξονικό τομογράφο, στις μαστογραφίες, καθώς και από την γραμματεία του ακτινολογικού γρ. 5 και συμπληρώνεται παρουσία ιατρού ή υπαλλήλου των τμημάτων)