



---

## Radiologisten kuvien ja digitaalisten EKG-rekisteröintien cd-tallenteiden tilaus

### Tilaaja

Asiakkaan nimi (myös nimen muutokset)

---

---

Henkilötunnus

---

Puhelinnumero

---

**Osoite, johon lasku ja cd-tallenne toimitetaan. (Asiakkaalta laskutetaan 20,00 € )**

Lähiosoite

---

Postinumero ja -toimipaikka

---

**Tutkimus**

**Tutkimuspäivämäärä**

---

---

---

### Asiakkaan allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Päivämäärä

\_\_\_\_\_  
Potilaan tai hänen holhoojansa allekirjoitus