

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ

DANE PACJENTA

IMIĘ I NAZWISKO:

.....

PESEL:.....

Adres:.....

Ja, niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym nr.....

upoważniam:

/imię i nazwisko/,

nr Dowodu Osobistego.....

do odbioru wyników moich badań wykonanych w dniu:

.....

Data

.....

Podpis pacjenta

.....

Czytelny podpis osoby przyjmującej

Potwierdzam odbiór wyników badań wykonanych w dniu:.....

.....

Data

.....

Podpis osoby upoważnionej