

## Upoważnienie do odbioru wyniku badania

1. Miejscowość, data.....

2. Imię i nazwisko pacjenta

.....

3. Adres

.....

4. PESEL.....

5. Ja, niżej podpisany legitymujący się dowodem osobistym Seria .....

Nr .....

upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej Pana/Panią

..... legitymującego się dowodem

Seria ..... Nr .....

6. Upoważnienie jest jednorazowe.

.....

*(czytelny podpis pacjenta)*