

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKU BADANIA

.....
miejsowość i data

Ja, niżej podpisana/y

.....
imię i nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

upoważniam Panią/Pana

.....
imię i nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

do odbioru wyniku badania RTG/TK/MR/USG*

*Właściwe zakreślić

czytelny podpis pacjenta/opiekuna
faktycznego/opiekuna prawnego

.....