

data:

miejsowość:

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW / DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany/a

legitymujący/a się dowodem osobistym o numerze _____

nr PESEL _____

upoważniam:

legitymującego/ą się dowodem osobistym* o numerze _____

nr PESEL _____

do odbioru:

wyników badań

dokumentacji medycznej

inne _____

Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy.

* PRZY ODBIORZE WYNIKU OSOBA UPOWAŻNIONA PROSZONA BĘDZIE O OKAZANIE DOWODU OSOBISTEGO.

czytelny podpis pacjenta / opiekuna faktycznego /
opiekuna prawnego