

**Upoważnienie
do odbioru niezrealizowanego skierowania
do szpitala / poradni specjalistycznej / pracowni diagnostycznej na badanie***

Imię i nazwisko pacjenta PESEL

Adres zamieszkania

Upoważniam Panią/Pana legitymującą/-ego się

dowodem osobistym Seria..... Nr

do odbioru mojego niezrealizowanego skierowania/ mojego małoletniego dziecka* pozostawionego

przy rejestracji: do poradni*/ szpitala na oddział*

/do pracowni diagnostycznej na badanie *

.....
(miejscowość)

.....
(data)

.....
(czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)

* stosowne podkreślić