

**UPOWAŻNIENIE
DO ODBIORU WYNIKU BADANIA DIAGNOSTYCZNEGO**

Imię i nazwisko pacjenta PESEL

Zamieszkały(a)

Upoważniam Panią/Pana legitymującą(-ego) się

dowodem osobistym Seria..... Nr

do odbioru wyniku badania wykonanego w dniu
(rodzaj badania)

dotyczącego mojej osoby/ mojego małoletniego dziecka* za okazaniem dowodu tożsamości.

.....
(data)

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

.....
(data odbioru wyniku)

.....
(czytelny podpis osoby upoważnionej przez pacjenta
do odbioru wyniku)

* stosowne zakreślić