

Wojewódzki Szpital im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej
Zakład Diagnostyki Obrazowej
ul. Szpitalna 1
39-400 Tarnobrzeg

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKU BADANIA

Imię i nazwisko pacjenta PESEL

Zamieszkały(a)

Upoważniam Pana(a) legitymującego(a) się

dowodem osobistym Seria..... Nr

do odbioru wyniku badania RTG/ TK/ MR* z dnia

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