

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADANIA/ KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane Pacjenta:

Ja niżej podpisany /-a

PESEL:

legitymujący /-a się nr:

upoważniam Pana/Panią:

Imię i nazwisko:

legitymującego/-ą się nr:

do odbioru moich wyników badań z dnia...../kopii dokumentacji medycznej *

* niepotrzebne skreślić

.....
podpis pacjenta