

Załącznik Nr 6

Warszawa dnia

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ

DANE PACJENTA

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres

.....
Pesel

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/podpisana upoważniam

Pana/Panią

legitymującego/legitymującą się

dokumentem tożsamości..... PESEL.....

DO ODBIORU WYNIKÓW:

- badań laboratoryjnych wykonanych w dniu

- badań diagnostycznych: RTG CT Angio

inne, jakie

wykonanych w dniu

.....
Data i czytelny podpis

.....
Czytelny podpis osoby przyjmującej upoważnienie

.....
Nr upoważnienia