

**UPOWAŻNIENIE PACJENTA DO WYDANIA
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ / ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ ***

Ja, niżej podpisana
Legitymująca się dowodem tożsamości:.....
Seria numer PESEL.....
Upoważniam Pana / Panią*.....
Legitymującą się dowodem tożsamości:
Serianumer..... PESEL
do odbioru dokumentacji medycznej
wyników badań z pracowni
Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy.

.....
(data, czytelny podpis upoważniającego)

.....
(czytelny podpis upoważnionego)

* Niepotrzebne skreśli