



**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ
Z LABORATORIUM / PRACOWNI RTG / RECEPT
ORAZ SKIEROWAŃ**

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

Ja niżej podpisany,

upoważniam do odbioru w/w dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
Data i czytelny podpis pacjenta