……………………………………………….

 Miejscowość data

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADANIA/RECEPTY/INFORMACJI O STANIE ZDROWIA PACJENTA\*

Ja, niżej podpisana/y …..…………………………………………...……………..………

imię i nazwisko

PESEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , legitymująca/y się dokumentem

tożsamości ………………………...……………… ,seria i numer: …………………

 np. dowód osobisty/paszport

upoważniam Panią/Pana …………………………………………………………………

imię i nazwisko

legitymującą/ego się dokumentem tożsamości ...……….…………………..

 .. dowód osobisty/paszport seria i numer

do odbioru wyników badania / recepty/informacji o stanie zdrowia pacjenta\*

\* właściwe zakreślić

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

czytelny podpis pacjenta/opiekuna

faktycznego/opiekuna prawnego