

data:

miejsowość:

## UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW / DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany/a

\_\_\_\_\_

legitymujący/a się dowodem osobistym o numerze \_\_\_\_\_

nr PESEL \_\_\_\_\_

upoważniam:

\_\_\_\_\_

legitymującego/ą się dowodem osobistym\* o numerze \_\_\_\_\_

nr PESEL \_\_\_\_\_

do odbioru:

wyników badań

dokumentacji medycznej

inne \_\_\_\_\_

Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy.

\* PRZY ODBIORZE WYNIKU OSOBA UPOWAŻNIONA PROSZONA BĘDZIE O OKAZANIE DOWODU OSOBISTEGO.

\_\_\_\_\_

czytelny podpis pacjenta / opiekuna faktycznego /  
opiekuna prawnego