

Złotów, dnia .....

## UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ

Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL .....

Proszę o wydanie moich wyników badań diagnostycznych z Zakładu/Pracowni :

RTG

KT

Laboratorium

Endoskopia i USG\*

osobie .....  
( imię i nazwisko )

Odbiór wyników wyłącznie po okazaniu dowodu tożsamości ze zdjęciem .

**Upoważnienie jest jednorazowe.**

.....  
( czytelny podpis pacjenta )

.....  
(data i czytelny podpis pracownika w obecności, którego  
został złożony podpis pacjenta)

\* podkreśl właściwy rodzaj badania

Kwituję odbiór w/w wyniku

Seria i numer dowodu tożsamości ze zdjęciem osoby upoważnionej .....

Data i czytelny podpis osoby upoważnionej .....