

Upoważnienie do odbioru wyników badań

Ja niżej podpisany/a

Dane pacjenta

Imię i nazwisko

PESEL

Upoważniam Pana/Panią

Dane upoważnionego

Imię i nazwisko

PESEL

do odbioru moich wyników badań

_____ wpisać których badań dotyczy upoważnienie

wykonanych w dniu

_____ data

_____ data

_____ czytelny podpis pacjenta

_____ czytelny podpis osoby upoważnionej

_____ data

_____ podpis pracownika przyjmującego upoważnienie

Pacjent został poinformowany o wszystkich swoich prawach i otrzymał odpowiednią ilość czasu do wypełnienia formularza.

Potwierdzam odbiór wyników badań.

_____ data

_____ podpis