

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisana/y

(imię i nazwisko pacjenta)

PESEL Pacjenta _____

legitymująca/y się dokumentem tożsamości

seria i numer

upoważniam Panią/Pana

(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

legitymująca/ego się dokumentem tożsamości

seria i numer

do odbioru moich **wyników z TK/MR/RTG/USG/Mammografii***

*podkreślić właściwe

.....

data i czytelny podpis pacjenta