

## 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)

legitymującą/ego się dokumentem tożsamości .....

seria i numer .....

do odbioru moich **wyników/skierowań/recept\***

\*podkreślić właściwe

.....

data i czytelny podpis pacjenta