

Poznań, dnia.....

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany.....

NrPESEL.....

Upoważniam Panią/Pana.....

Legitymującą/ego się dowodem osobistym nr.....

Do odbioru:

- Wyników badań laboratoryjnych.....

.....

(rodzaj badania)

.....
(Podpis osoby przyjmującej upoważnienie)

.....
(Data i czytelny podpis pacjenta)