Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu

Sandomierz dnia.....

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ

Ja, niżej podpisany(a) .....
(imię nazwisko)

PESEL☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐, legitymujący(a) się dowodem osobistym nr i seria:

.....zamieszkały w.....
(wpisz w przypadku braku PESEL)

.....

Upoważniam Pana/Panią.:.....
(imię nazwisko)
legitymującym(cą) się dowodem osobistym nr i seria: .....

do odbioru wyników badań laboratoryjnych*/obrazowych*/innych*.

.....
(data i podpis osoby upoważniającej)

*zakreśl właściwe

Wydanie: II
Data obowiązywania:01.03.2021