………….…………………….., data ……………………………

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ**

Ja niżej podpisany/a

………………………………………………………………………………………………………………………..,

(Imię i nazwisko)

legitymujący/a się dowodem osobistym o numerze ………………………………………..,

nr PESEL ……………………………………………………..,

upoważniam

…………………………………………………………………………………………………………………………,

(Imię i nazwisko)

Legitymującego(ą) się dowodem osobistym o numerze ……………………………………,

nr PESEL …………………………………………………….,

do odbioru wyników badań RTG/TK/ badań histopatologicznych \* .

przeprowadzonych w dniu ……………………………………………………….. .

(Data wykonanego badania)

**Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy.**

……..………………………………………………………………

(Czytelny podpis pacjenta/ opiekuna faktycznego/ opiekuna prawnego )

\* niepotrzebne skreślić