………….…………………….., 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