

Poznań dnia

**UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA WYNIKÓW, RECEPTY,
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ***

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko pacjenta:

Zamieszkała/y:

Legitymujący się dowodem osobistym nr

Nr PESEL

Dane osoby odbierającej:

Upoważniam Panią/Pana

Legitymującą/ego się dowodem osobistym nr

do odbioru wyników badania laboratoryjnego, recepty, dokumentacji medycznej*.

.....
Data i czytelny podpis osoby odbierającej

.....
Data i czytelny podpis pacjenta

*niepotrzebne skreślić