

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

