



UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKU BADANIA LABORATORYJNEGO

.....
Miejscowość i data

Pacjent /osoba upoważniająca/:

Imię i nazwisko:

Adres, tel. kontaktowy:

PESEL:

Upoważniam do odbioru wyników badań laboratoryjnych zleconych do wykonania przez Medyczne Laboratorium Diagnostyczne Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej w dniu

Pana / Panią /osoba upoważniona/:

Imię i nazwisko:

Adres, tel. kontaktowy:

*PESEL *:*

.....
Czytelny podpis osoby upoważniającej

POTWIERDZENIE ODBIORU WYNIKU BADANIA LABORATORYJNEGO

OŚWIADCZENIE OSOBY UPOWAŻNIONEJ, ODBIERAJĄCEJ WYNIKI BADAŃ LABORATORYJNYCH

Ja niżej podpisany/a/ jako osoba upoważniona do uzyskania dokumentacji medycznej – wyników laboratoryjnych badań diagnostycznych oświadczam, że otrzymałem wyniki badań w dniu

.....
Czytelny podpis osoby upoważnionej

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA LABORATORIUM

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną – wyniki laboratoryjnych badań diagnostycznych, zgodnie z upoważnieniem potwierdzam na podstawie okazania

.....
Podać nazwę i numer dokumentu tożsamości ze zdjęciem

.....
Data i podpis pracownika wydającego dokumentację

* W przypadku braku numeru PESEL podać rodzaj i numer dokumentu tożsamości ze zdjęciem