



.....  
Pieczęć Oddziału

Miejscowość, data

.....  
*Nazwisko, imię pacjenta*

.....  
*Adres, tel. kontaktowy*

PESEL:

### UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKU BADANIA

Upoważniam .....

.....  
*Dane osoby upoważnionej, adres ,nr PESEL\**

do odbioru wyniku badania diagnostycznego wykonanego dnia.....

.....  
Czytelny podpis **-imię i nazwisko pacjenta**

Zostałem(am) poinformowany(a) o zasadach ochrony i przetwarzania danych osobowych obowiązujących w CPiT w Bystrej (*Podstawa prawna : art. 13 RODO*).

.....  
Data, czytelny podpis- imię i nazwisko **osoby upoważnionej**

#### Wypełnia Pracownik Centrum

*Tożsamość osoby odbierającej wynik badania diagnostycznego, zgodnie z upoważnieniem, potwierdzono na podstawie okazania przez odbierającego dokumentu tożsamości ze zdjęciem.*

.....  
Data i podpis **pracownika wydającego wynik**

\* W przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu tożsamości ze zdjęciem