



Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej

43-360 Bystra, ul. J. Fałata 2
NIP 937 00 10 797 REGON 000640923
TELEFON +48 33 4991 801
EMAIL sekretariat@szpitalbystra.pl
WWW.szpitalbystra.pl

.....
Miejscowość, data

.....
Nazwisko, imię pacjenta

.....
Adres, tel. kontaktowy

nr PESEL: □□□□□□□□□□

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKU BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH

Upoważniam

.....
dane osoby upoważnionej, adres, nr PESEL*

do odbioru wyniku badań diagnostycznych

.....
wpisać jakich

.....
czytelny podpis pacjenta

Tożsamość osoby odbierającej wynik badań diagnostycznych zgodnie z upoważnieniem, potwierdzono na podstawie okazania dokumentu tożsamości ze zdjęciem.

.....
data i podpis pracownika wydającego wynik

Potwierdzam odbiór wyniku badań diagnostycznych.

.....
data, czytelny podpis osoby upoważnionej

.....
data i podpis pracownika wydającego wynik

*W przypadku braku nr PESEL wpisać nr dowodu tożsamości