



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

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKU BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH

Ja niżej podpisany/a
imię i nazwisko czytelnie

nr PESEL: □□□□□□□□□□

upoważniam
imię i nazwisko czytelnie

nr PESEL: □□□□□□□□□□

do odbioru wyniku badań diagnostycznych
.....
wpisać jakich

.....
data, czytelny podpis osoby upoważniającej

Wypełnia pracownik Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej

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

.....
data, podpis pracownika Centrum

Potwierdzam odbiór wyniku badań diagnostycznych.

.....
data, czytelny podpis osoby upoważnionej