



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 BADANIA LABORATORYJNEGO

Ja niżej podpisany/a
imię i nazwisko czytelnie

nr PESEL: □□□□□□□□□□□□

upoważniam
imię i nazwisko czytelnie

nr PESEL: □□□□□□□□□□□□

do odbioru wyniku badania laboratoryjnego zleconego do wykonania przez Medyczne
Laboratorium Diagnostyczne

.....
wpisać nazwę badania

.....
data, czytelny podpis osoby upoważniającej

**Wypełnia pracownik Laboratorium
Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej**

Tożsamość osoby odbierającej wynik/i badania laboratoryjnego zgodnie z upoważnieniem,
potwierdzam na podstawie okazania dokumentu tożsamości ze zdjęciem.

.....
data, podpis pracownika Laboratorium

Potwierdzam odbiór wyniku badania laboratoryjnego.

.....
data, czytelny podpis osoby upoważnionej