



Brzeg Dolny, dnia.....

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ LABORATORYJNYCH/DIAGNOSTYCZNYCH z Dolnobrzeskiego Specjalistycznego Centrum Medycznego

Ja, pesel.....
imię i nazwisko pacjenta

upoważniam legitymującą/ego się dowodem
imię i nazwisko osoby upoważnionej

osobistym do odbioru z zakładu leczniczego
seria i numer

Dolnobrzeskie Specjalistyczne Centrum Medyczne moich wyników laboratoryjnych/
diagnostycznych* - z dnia

.....
imię i nazwisko pacjenta

*niepotrzebne skreślić

ZWERYFIKOWANO TOŻSAMOŚĆ NA PODSTAWIE DOWÓD OSOBISTY/PRAWO JAZDY/ PASZPORT numer i seria:	DATA	CZYTELNY PODPIS
--	------	-----------------