Ryki, dnia ……………………..……

**UPOWAŻNIENIE**

**do odbioru wyników badań**

(stałe lub czasowe – jeżeli stałe to do kiedy ……………………..)

Ja, niżej podpisany/a, PESEL: ……………………… lub legitymujący się dowodem osobistym (lub innym dokumentem) seria ……… nr ………..… wydanym przez ………………………….……………………….

**upoważniam:**

Panią/Pana …………………………………………………………………

PESEL: ………………………………………. lub legitymującą/ego się dowodem osobistym (lub innym dokumentem) seria ……………….. nr ……………….. wydanym przez …………………………………….

do odbioru wyników badań …………………………………………………...

określić rodzaj badania. Np. RTG, TK, USG, inne

……………………..………………………………

czytelny podpis upoważniającego

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Wypełnia pracownik szpitala - *przy odbiorze wymagany jest dokument tożsamości osoby upoważnionej*

W dniu ……………………… zgodnie z wolą pacjenta przedmiotowe wyniki badań zostały przekazane osobie upoważnionej, legitymującej się dowodem osobistym (lub innym dokumentem tożsamości) seria ……………….. nr ……………….. wydanym przez …………………………………………………..

………………………………………………

data, czytelny podpis pracownika szpitala

wydającego wyniki badań