

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ

Ja, niżej podpisany/a PESEL _____
imię i nazwisko osoby upoważniającej nr PESEL osoby upoważniającej

legitymujący/a się dokumentem tożsamości
rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości osoby upoważniającej

zamieszkały/a
adres zamieszkania osoby upoważniającej

UPOWAŻNIAM PANA/PANIĄ
imię i nazwisko osoby upoważnionej

legitymującego/cą się dokumentem tożsamości
rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości osoby upoważnionej

do odbioru wyniku badania
rodzaj badania (np. MR, TK, USG, RTG, MMG)

....., dnia
miejsowość data

.....
czytelny podpis osoby upoważniającej



System zarządzania
ISO 9001:2015
ISO 14001:2015
ISO 45001:2018
ISO/IEC 27001:2013
www.tuv.com
ID: 9105038237

ul. Leśna 27-29
58-100 Świdnica

NIP: 884-22-01-447

spzoz@szpital.swidnica.pl
www.szpital.swidnica.pl

REGON: 000311674

tel. 74 85 17 100
fax 74 85 17 437

KRS: 0000085339