Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Sosnowcu

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA WYNIKU BADANIA DIAGNOSTYCZNEGO

Ja niżej podpisana/y ..... PESEL .....
(Imię, nazwisko)

Legitymująca/y się dowodem tożsamości .....
(seria, numer)

Upoważniam Panią/Pana ..... PESEL .....
(Imię, nazwisko)

Legitymująca/y się dowodem tożsamości .....
(seria, numer)

Do odbioru wyniku badania; RTG, MM, USG (zaznaczyć odpowiednie)

.....
(data, czytelny podpis osoby upoważniającej)