


| | | |
|---|--|---------------------|
|  | UPOWAŻNIENIE JEDNORAZOWE DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ | ZI 6 |
| | WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SP ZOZ W NOWEJ SOLI | M - 208 |
| | | Wydanie: 02 |
| | | Ważne od 10.10.2019 |

Ja, niżej podpisany/a, _____ PESEL _____
imię i nazwisko

legitymujący/a się dowodem osobistym nr _____

upoważniam _____
imię i nazwisko

legitymującego/cą się dowodem osobistym nr _____

do odbioru moich wyników badań _____

Nowa Sól, dnia _____
Podpis pacjenta