


Upoważnienie do odbioru wyniku badania ze Szpitalnego Zakładu Radiologii		
	<b>WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SP ZOZ W NOWEJ SOLI</b>	<b>M - 203</b>
		Wydanie: 02
		Ważne od 13.02.2023

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 mojego wyniku badania (właściwe zaznaczyć):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> tomografii komputerowej | <input type="checkbox"/> tomografii komputerowej serca |
| <input type="checkbox"/> rezonansu magnetycznego | <input type="checkbox"/> zdjęcia RTG                   |
| <input type="checkbox"/> mammograficznego        |  |

Nowa Sól, dnia \_\_\_\_\_  
czytelny podpis pacjenta

Szpitalny Zakład Radiologii  
TK/MR: tel.: 68 470 7401 RTG/USG: tel. 68 388 22 21

Upoważnienie do odbioru wyniku badania ze Szpitalnego Zakładu Radiologii		
	<b>WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SP ZOZ W NOWEJ SOLI</b>	<b>M - 203</b>
		Wydanie: 02
		Ważne od 13.02.2023

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 mojego wyniku badania (właściwe zaznaczyć):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> tomografii komputerowej | <input type="checkbox"/> tomografii komputerowej serca |
| <input type="checkbox"/> rezonansu magnetycznego | <input type="checkbox"/> zdjęcia RTG                   |
| <input type="checkbox"/> mammograficznego        |  |

Nowa Sól, dnia \_\_\_\_\_  
czytelny podpis pacjenta

Szpitalny Zakład Radiologii  
TK/MR: tel.: 68 470 7401 RTG/USG: tel. 68 388 22 21