	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

	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