

UPOWA NIENIE DO ODBIORU WYNIKU BADA RTG/ WYNIKU BADA LABORATORYJNYCH*

Ja, ni ej podpisany/a
imi i nazwisko

.....
adres zamieszkania
PESEL [| | | | | | | | | | | |] , legitymuj cy/asi
nazwa, seria i numer dokumentu to samo ci

niniejszym upowa niam jednorazowo* do odebrania wyniku bada RTG / wyniku bada laboratoryjnych*

1.PESEL [| | | | | | | | | | | |]
imi i nazwisko
.....
nazwa, seria i numer dokumentu to samo ci

art. 26 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2017r., poz. 1318 – tekst jednolity)

....., dnia [| |] [| |] [| |] [| |] r.

*niewła ciwe skre li

.....
(czytelny podpis pacjenta)