



NZOZ Zakład Diagnostyki Medycznej s.c.
ul. Adamickiego 13
41-300 Dąbrowa Górnicza

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA WYNIKU BADANIA

Miejscowość i data

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko: _____

Adres zamieszkania: _____

PESEL _____

Ja, niżej podpisana/y, legitymująca/y się

dowodem osobistym numer: _____, upoważniam Panią/Pana

_____, legitymującą/ego się dowodem osobistym numer

_____ do odbioru wyników/kopii badań laboratoryjnych z dnia

_____.

Podpis pacjenta

Podpis upoważnionego