

F-005/INM/018

.............................................................................................

imię i nazwisko

|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

PESEL

Upoważniam do odbioru mojego wyniku badania wykonanego w dniu........................................................................

.......................................................................................................................................................................................................

imię i nazwisko

PESEL |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| lub data urodzenia..................................................

....................................................

podpis pacjenta

Wynik został przekazany osobie wskazanej przez pacjenta

....................................................... ..................................................................

podpis wydającego data i podpis osoby upoważnionej