

.....
miejscowość i data

Imię i nazwisko:

PESEL:

Ja niżej podpisany /-a

legitymujący /-a się nr:

**Zgodnie z art. 26 ust. 1. Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta
i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012 r. poz. 159 z późniejszymi zmianami)**

upoważniam Pana/Panią:

legitymującego/-ą się nr:

do odbioru moich wyników badań.

.....
podpis pacjenta