



.....
miejsowość i data

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKU BADANIA

Ja, niżej podpisana/y
imię i nazwisko

PESEL:,

legitymująca/y się dokumentem tożsamości
np. dowód osobisty/paszport

seria i numer:.....;

niniejszym upoważniam Pana / Panią
imię i nazwisko

legitymującą/ego się dokumentem tożsamości
np. dowód osobisty/paszport

seria i numer:.....;

do odbioru wyników badań
kod badania a w przypadku jego braku nazwa badania lub data pobrania materiału

.....
wykonanych w Przychodni Lekarskiej Akademickiego Centrum Medycznego w Warszawie.

.....
data i czytelny podpis pacjenta

Wypełnia pracownik rejestracji medycznej ACM

.....
kod badania a w przypadku jego braku nazwa badania lub data pobrania materiału

.....
data odebrania wyniku

.....
czytelny podpis osoby odbierającej wynik