

Odbiór wyników badań w KZRL 10 WszK

Upoważniam.....(imię i nazwisko osoby upoważnionej)
legitymującej się.....(nr dow. osobistego, paszportu lub
innego aktualnego dokumentu ze zdjęciem) do odbioru wyniku.....
(rodzaj badania) osoby(imię i nazwisko, pesel
badanego).

.....
Data, czytelny podpis pacjenta

.....
Data, czytelny podpis osoby upoważnionej