



UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ

Imię i nazwisko badanego pacjenta _____

PESEL _____

Upoważniam do odbioru mojego wyniku badań MR niżej wskazaną osobę

Imię i nazwisko osoby upoważnionej _____

Numer i seria dokumentu tożsamości osoby upoważnionej _____

Data _____ Czytelny podpis pacjenta _____

Wynik badania MR odebrałem(am) w dniu:

Data _____

Czytelny podpis osoby upoważnionej _____