

Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej
Ul. Szpitalna 7, 64-000 Kościan
tel. 65 5 120 855.

**JEDNORAZOWE UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA WYNIKU BADANIA
LABORATORYJNEGO OSOBIE WSKAZANEJ PRZEZ PACJENTA**

Oświadczam, że ja niżej podpisana/y (Pacjent)
identyfikujący się numerem PESEL..... upoważniam
Panią/Pana
legitymującego się dowodem tożsamości seria/numer..... do odbioru
mojego wyniku badania laboratoryjnego/ wyniku badania mojego dziecka*.
(* zaznaczyć właściwe).

**Podstawą do odbioru wyniku badania laboratoryjnego jest upoważnienie oraz
okazanie dowodu tożsamości przez osobę odbierającą.**

.....
Data/ czytelnie imię i nazwisko Pacjenta

.....
Data/ czytelnie imię i nazwisko osoby odbierającej wynik