



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kościanie

ul. Szpitalna 7 64-000 Kościan

NIP: 698-15-78-284, REGON: 411051999, tel.: 65 512 08 55, fax.: 65 512 07 07

UPOWAŻNIAM DO ODBIORU WYNIKU BADANIA

Ja, niżej podpisany/a
imię i nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Legitymujący się dowodem osobistym nr

Upoważniam, Pana/Panią
imię i nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Legitymujący się dowodem osobistym nr

do odbioru wyniku badania z pracowni MAMMOGRAFII

.....
czytelny podpis pacjenta/opiekuna



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kościanie

ul. Szpitalna 7 64-000 Kościan

NIP: 698-15-78-284, REGON: 411051999, tel.: 65 512 08 55, fax.: 65 512 07 07

UPOWAŻNIAM DO ODBIORU WYNIKU BADANIA

Ja, niżej podpisany/a
imię i nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Legitymujący się dowodem osobistym nr

Upoważniam, Pana/Panią
imię i nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Legitymujący się dowodem osobistym nr

do odbioru wyniku badania z pracowni MAMMOGRAFII

.....
czytelny podpis pacjenta/opiekuna