



Zespół Opieki Zdrowotnej w Szczytnie
Ul. Skłodowskiej 12
Regon: 519483005
Pracownia Endoskopii

Upoważnienie do odbioru wyniku badania

Szczytno, dnia

.....
nazwisko i imię osoby udzielającej upoważnienia

.....
numer PESEL osoby udzielającej upoważnienia

Upoważniam Pana/Panią: legitymującego się dowodem
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

osobistym o numerze do odbioru wyniku badania
seria i nr dowodu osobistego osoby upoważnionej

.....
Rodzaj badania

Wykonanego w dniu
Data badania

.....
Czytelny podpis osoby upoważniającej