

## UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKU

PACJENT \_\_\_\_\_  
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PESEL \_\_\_\_\_  
PESEL PACJENTA

UPOWAŻNIA PANA/PANIA\* \_\_\_\_\_  
IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ODBIERAJĄCEJ WYNIK

PESEL \_\_\_\_\_  
PESEL OSOBY ODBIERAJĄCEJ WYNIK

DO ODBIORU MOJEGO WYNIKU BADANIA: ( właściwe zaznaczyć (X) )

WYNIK LABORATORYJNY  DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

INNY \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

\_\_\_\_\_  
CZYTELNY PODPIS PACJENTA

\* PRZY ODBIORZE WYNIKU OSOBA UPOWAŻNIONA PROSZONA JEST O OKAZANIE DOWODU OSOBISTEGO



Centrum Medyczne TOP-MED  
ul. Krańcowa 2a, 66 - 100 Sulechów | tel. 68 381 70 71 | 68 381 70 72 | [www.topmedsulechow.pl](http://www.topmedsulechow.pl)

## UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKU

PACJENT \_\_\_\_\_  
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PESEL \_\_\_\_\_  
PESEL PACJENTA

UPOWAŻNIA PANA/PANIA\* \_\_\_\_\_  
IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ODBIERAJĄCEJ WYNIK

PESEL \_\_\_\_\_  
PESEL OSOBY ODBIERAJĄCEJ WYNIK

DO ODBIORU MOJEGO WYNIKU BADANIA: ( właściwe zaznaczyć (X) )

WYNIK LABORATORYJNY  DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

INNY \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

\_\_\_\_\_  
CZYTELNY PODPIS PACJENTA

\* PRZY ODBIORZE WYNIKU OSOBA UPOWAŻNIONA PROSZONA JEST O OKAZANIE DOWODU OSOBISTEGO



Centrum Medyczne TOP-MED  
ul. Krańcowa 2a, 66 - 100 Sulechów | tel. 68 381 70 71 | 68 381 70 72 | [www.topmedsulechow.pl](http://www.topmedsulechow.pl)