Upoważnienie do odbioru wyniku

Upoważniam Panią / Pana ………………………………………………….. nr dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość ……..………………… do odbioru wyniku badania wykonanego w Zakładzie Radiologii.

Czytelny podpis i data ………………………………………

Wynik odebrałem/odebrałam ………………………………………………………….

 Czytelny podpis i data