

Serafin Clinic
Specjalistyczne Centrum Medyczne
Dawid Serafin
ul. Daszyńskiego 34/2
44 – 100 Gliwice

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ

Ja.....
(imię, nazwisko, nr PESEL Pacjenta, którego dotyczy wynik)

upoważniam.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

legitymującego/ej/..... się dowodem
tożsamości.....
(seria i numer dowodu osobistego osoby upoważnionej)

do odbioru mojego wyniku badania.....
(rodzaj badania)

.....
(podpis Pacjenta)

.....
(data przyjęcia dokumentu)

.....

F I/04 – załącznik nr 4 do „Instrukcji prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej”

(podpis osoby przyjmującej dokument)