

.....  
miejscowość i data

## UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKU BADANIA

Ja niżej podpisana/y

.....  
imię i nazwisko

PESEL

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

Upoważniam Panią/Pana

.....  
imię i nazwisko

PESEL

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

do odbioru wyniku badania radiologicznego rtg / KT / MR.

.....  
podpis pacjenta/opiekuna faktycznego  
opiekuna prawnego