.....
(Pieczątka komórki organizacyjnej)

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA WYNIKÓW BADAŃ

Ja niżej podpisany/a: .....
(Nazwisko i imię, PESEL)

legitymujący/a się dowodem osobistym nr: .....

upoważniam Pana/Panią: .....
(Nazwisko i imię, PESEL)

legitymującego/-ą się dowodem osobistym nr: .....
do odbioru moich/mojego małoletniego dziecka* wyników badań:

.....
(Podać rodzaj badań)

.....
(Data i podpis)

* Niepotrzebne skreślić

Szpitale Pomorskie sp. z o.o. Podmiot Leczniczy Samorządu Województwa Pomorskiego	UPOWAŻNIENIE DO WYDAWANIA WYNIKÓW BADAŃ		wersja 01
		Strona 1/1	

.....
(Pieczątka komórki organizacyjnej)

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA WYNIKÓW BADAŃ

Ja niżej podpisany/a: .....
(Nazwisko i imię, PESEL)

legitymujący/a się dowodem osobistym nr: .....

upoważniam Pana/Panią: .....
(Nazwisko i imię, PESEL)

legitymującego/-ą się dowodem osobistym nr: .....
do odbioru moich/mojego małoletniego dziecka* wyników badań:

.....
(Podać rodzaj badań)

.....
(Data i podpis)

* Niepotrzebne skreślić

REGON 190141612 NIP 586-19-94-157
NORDE BANK POLSKA GDYNIA 58 1440 1084 0000 0000 0011 0148

Gd-Mo-232.2 Druk: IMPACT Kuźnica Warężyńska, www.impact-med.com.pl