

Pogórze, dnia \_\_\_\_\_ roku

**Upoważnienie jednorazowe do odbioru wyników badań**

Ja, niżej podpisana /y (imię nazwisko) \_\_\_\_\_,  
legitymującą /y się dowodem osobistym (seria numer) \_\_\_\_\_, PESEL (numer) \_\_\_\_\_,  
upoważniam (imię nazwisko) \_\_\_\_\_,  
legitymującą /ego się dowodem osobistym (seria numer) \_\_\_\_\_, PESEL (numer) \_\_\_\_\_,  
adres zamieszkania \_\_\_\_\_,  
do odbioru z Medicorum Centrum Zdrowia moich wyników badań (opis) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ z dnia (dd.mm.rrrr) \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Podpis pacjenta udzielającego upoważnienia (czytelny imieniem i nazwiskiem)

\_\_\_\_\_  
Data (dd.mm.rrrr) i pieczęć

\_\_\_\_\_  
Podpis osoby przyjmującej oświadczenie  
oraz potwierdzającej zgodność podpisu oświadczającego  
(czytelny imieniem i nazwiskiem)