

Pogórze, dnia _____ roku

Upoważnienie stałe 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 wszystkich moich wyników badań.

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)