

Legnica, dn.

UPOWAŻNIENIE

Ja, upoważniam Panią/Pana
(Imię i nazwisko pacjenta)

....., legitymującą/-ego się dowodem osobistym
(Imię i nazwisko os. upoważnionej)

nr, do odbioru wyników badań radiologicznych i ich opisu.
(Nr dok. tożsam. os. upoważnionej)

Podpis pacjenta

.....