

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

.....  
data urodzenia

## UPOWAŻNIENIE STAŁE / JEDNORAZOWE \*

Upoważniam .....(imię i nazwisko  
osoby upoważnionej) urodzonego .....  
.....r (data urodzenia osoby  
upoważnionej) do odbioru wyników moich badań

.....

data i podpis pacjenta

\* - niepotrzebne skreślić