



.....  
miejsowość i data

# UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKU BADANIA

Ja, niżej podpisana/y.....

imię i nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

legitymująca/y się dokumentem tożsamości

.....seria i numer:.....

np. dowód osobisty/paszport

upoważniam Panią/Pana.....

imię i nazwisko

legitymującą/ego się dokumentem tożsamości.....

np. dowód osobisty/paszport

seria i numer:.....do odbioru wyniku badania wykonanego  
w Pracowni Diagnostyki Obrazowej Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu przy ul. Jeleniogórskiej 4  
w Bolesławcu.

*Oświadczam, iż zostałem poinformowany, że za składanie fałszywych dokumentów  
zgodnie z art. 270 Kodeksu Karnego grozi odpowiedzialność karna.*

.....  
czytelny podpis pacjenta/opiekuna faktycznego/opiekuna prawnego