

## Upoważnienie do odbioru wyników badań

Ja, niżej podpisana/y .....  
(imię i nazwisko pacjenta)

PESEL .....

Zamieszkała/y .....

Upoważniam Panią/Pana .....  
(imię i nazwisko)

Legitymującą/ego się dowodem osobistym .....  
(seria, numer)

Do odbioru moich wyników badań .....  
(rodzaj badań)  
wykonanych w Centrum Zdrowia Darimed ul. Prosta 42, 25-371 Kielce

.....  
(data i czytelny podpis osoby udzielającej upoważnienia)