

....., dnia r.

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(PESEL)

.....
(Data urodzenia)

UPOWAŻNIENIE

do odbioru wyników badań medycznych

Dane upoważnionego (pełnomocnika)

Imię i nazwisko	
Nr dokumentu tożsamości	

Niniejszym upoważniam Pana/Panią, legitymującego/ą się dowodem osobistym nr, do odbioru w moim imieniu wyników badań medycznych z:

Badania do odbioru:

Upoważnienie obejmuje odbiór wyników badań oraz podpisanie wszelkich potwierdzeń odbioru wymaganych przez placówkę.

Dane dotyczące badań

Nazwa placówki medycznej	
Opis badań / nr zlecenia	

Podstawa prawna: art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 1291 ze zm.); art. 95 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. — Kodeks cywilny (Dz.U. z 2024 r. poz. 1061 ze zm.).

.....
(czytelny podpis pacjenta (upoważniającego))