

.....

miejsowość, data

UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY

PRACOWNIA ENDOSKOPII

Aleja Warszawska 30

10-082 Olsztyn

UPOWAŻNIENIE JEDNORAZOWE DO ODBIORU WYNIKU BADANIA

Ja, niżej podpisany.....

legitymujący się dowodem tożsamości PESEL.....

upoważniam osobę:

.....

(imię i nazwisko) (nr dokumentu tożsamości oraz PESEL osoby upoważnionej)

do odbioru wyniku badań.

.....

czytelny podpis osoby upoważniającej

.....

czytelny podpis osoby upoważnionej