



**ZAKŁAD RADIOLOGII I DIAGNOSTYKI
OBRAZOWEJ**

**ZOZ NR 2 W RZESZOWIE
Ul. Fredry 9
35-005 Rzeszów**

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU

WYNIKU BADANIA

Imię i nazwisko:

Pesel:

Adres zamieszkania:

Ja niżej podpisany(a) legitymujący(a) się dowodem osobistym nr

.....

upoważniam Pana/Panią

legitymującego się dokumentem tożsamości

do odbioru moich wyników badań

.....

(data i podpis pacjenta)

.....

(data i czytelny podpis osoby odbierającej wynik badania)