**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKU BADANIA**

Ja, niżej podpisana/y …………………………..

 /imię i nazwisko/

PESEL:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

legitymująca/y się dokumentem tożsamości ……………………………………………….

 /seria i numer/

upoważniam Panią/Pana ……………………………………………….

 /imię i nazwisko/

legitymującą/ego się dokumentem tożsamości………………………………………..

 /seria i numer/

do odbioru wyniku badania radiologicznego RTG/TK /USG\*

\* właściwe zakreślić

Wysokie Mazowieckie dnia…………………..  **…. ……..**

czytelny podpis pacjenta/opiekuna

 faktycznego/opiekuna prawnego

***Osoba odbierająca wynik musi okazać upoważnienie oraz swój dokument tożsamości.***