

## UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA WYNIKÓW BADAŃ

Imię i nazwisko pacjenta .....PESEL

Upoważniam Pana/Panią\* (imię i nazwisko) .....  
legitymującego/-ą się dowodem osobistym nr..... do odbioru moich wyników badań  
wykonanych w LABORATORIUM CENTRALNYM Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dębicy w dniu  
.....

.....  
(podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)

.....  
(nr dowodu osobistego pacjenta lub opiekuna prawnego)

---

\* Niepotrzebne skreślić