

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ

Ja, niżej podpisana/y _____ ,
imię i nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 legitymująca/y się dokumentem

tożsamości _____ seria i numer: _____
np. dowód osobisty / paszport

niniejszym upoważniam Pana / Panią _____
imię i nazwisko

legitymująca/ego się dokumentem tożsamości _____ seria i
np. dowód osobisty / paszport

numer: _____ do odbioru wyników badań wykonanych przez

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Białostockie Centrum Analiz Medycznych Sp. z o. o.
15-732 Białystok, ul. Choroszczańska 24
NIP 9661889742, tel. 85 733 23 56

Kod badania lub data pobrania materiału:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

_____ data

_____ czytelny podpis pacjenta