



F.M.3 UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKU BADANIA

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego
ul. Dojazd 34, 60-631 Poznań



Wydanie 1

Obowiązuje od 11.09.2023

Strona 1/1

Dane pacjenta

Imię (imiona) i nazwisko:

PESEL

Dane kontaktowe

.....

Upoważnienie

Ja niżej podpisana/y upoważniam Pana/Panią

legitymując-ego/ą się dokumentem tożsamości (dowodem osobistym, paszportem) seria

nrdo odbioru wyniku badania

.....

(Data i czytelny podpis pacjenta)

Szpital jest zobowiązany do ustalenia tożsamości osoby uzyskującej dostęp do wyniku badania na podstawie upoważnienia.

Potwierdzenie odbioru wyniku

.....
(Data i czytelny podpis osoby wydającej wynik)

.....
(Data i czytelny podpis osoby odbierającej wynik)