UCK Uniwersyteckie Centrum Kliniczne

F/PS-02/Z24/E001

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH / LABORATORYJNYCH

Oświadczenie pacjenta /przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego pacjenta o upoważnieniu do odbioru wyników badań laboratoryjnych

Zgoda do odbioru wyników badań pacjenta/ pacjenta małoletniego przez niżej wymienione osoby:

Dane osoby/osób upoważnionych:

1. PAN/PANI:
……

PESEL/ DATA URODZENIA: ……..

LEGITYMUJĄCY/CA SIĘ DOKUMENTEM TOŻSAMOŚCI
RODZAJ/SERIA I NUMER: ……

2. PAN/PANI: ……
PESEL/ DATA URODZENIA: ……..

LEGITYMUJĄCY/CA SIĘ DOKUMENTEM TOŻSAMOŚCI
RODZAJ/SERIA I NUMER: ……

Uwaga : Osoba składająca oświadczenie może upoważnić jakąkolwiek osobę fizyczną, osobę prawną (np. członek rodziny, osoba bliska, pełnomocnik)

Ja, niżej podpisany/a wyrażam zgodę na odbiór wyników badań dla wyżej wymienionych osób.

……
Data i czytelny podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.

……

Data i czytelny podpis opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego

……

Data i czytelny podpis osoby przyjmującej oświadczenie