

**UPOWAŻNIENIE
do odbioru wyniku badania MR**

.....
Imię i Nazwisko Pacjenta

.....
Nr PESEL Pacjenta /data urodzenia

.....
Adres

.....
Nr dokumentu tożsamości Pacjenta (jeśli brak nr PESEL)

**Ja niżej podpisana/podpisany upoważniam do odbioru wyników mojego badania MR
Panią/Pana:**

.....
Imię i Nazwisko Upoważnionego

.....
Nr PESEL Upoważnionego

.....
Nr dokumentu tożsamości Upoważnionego

.....
Data

.....
czytelny podpis Pacjenta

.....
Data

.....
podpis pracownika przyjmującego upoważnienie