



**Samodzielny Gminny Zakład
Opieki Zdrowotnej w Wilkowicach
43-365 Wilkowice, ul Wyzwolenia 18
Tel: (33) 8171242, NIP 9372179595**

**UPOWAŻNIENIE
DO ODBIORU WYNIKU BADANIA LABORATORYJNEGO**

Ja niżej podpisany/a
imię i nazwisko czytelnie

nr PESEL:

upoważniam
imię i nazwisko czytelnie

nr PESEL:

do odbioru wyniku badania laboratoryjnego zleconego do wykonania w Laboratorium
Medycznym „Diagnostyka” w dniu (data pobrania).....

.....
data,

.....
czytelny podpis osoby **upoważniającej (pacjenta)**

Potwierdzenie wydania wyniku.

(wypełnia pielęgniarka SGZOZ w Wilkowicach)

Tożsamość osoby odbierającej wynik/wyniki badania laboratoryjnego zgodnie z upoważnieniem,
potwierdzam na podstawie okazania dokumentu tożsamości ze zdjęciem.

.....
data, autoryzacja pielęgniarce

Potwierdzam odbiór wyniku badania laboratoryjnego.

.....
data, czytelny podpis osoby **upoważnionej**