

Centrum Medyczne **NASMEDICA**   
63-000 Środa Wlkp., ul. Poselska 68  
tel. 61 281 90 24, 668 978 862

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU   
WYNIKÓW BADAŃ/RECEPT \***

Ja, niżej podpisany/a

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**PESEL**…………………………………………………………………………………………………………………………………..  
upoważniam Panią/Pana

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**PESEL**……………………………………………………….  
do odbioru badań laboratoryjnych/recept\*.

Upoważnienie jest jednorazowe/stałe\*.

……………………………………………  
 podpis pacjenta

\*niepotrzebne skreślić