

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