



**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ
„Szpital Powiatowy” Gryfino**

Ja, niżej podpisany /a .:, PESEL:.....
imię nazwisko

legitymujący /a się dowodem osobistym nr i seria:

zamieszkały w.....

Upoważniam Pana/Panią.:

.....
imię nazwisko

legitymującym /cą się dowodem osobistym nr i seria:
do odbioru wyniku badania radiologicznego RTG

.....

data i podpis osoby upoważniającej