

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU

WYNIKÓW Z LABORATORIUM / USG / RTG WSPL SP ZOZ W TORUNIU

DANE PACJENTA

NAZWISKO

IMIĘ

PESEL

Podpis pacjenta

DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ

NAZWISKO

IMIĘ

PESEL

Nr dowodu osobistego

Podpis osoby upoważnionej

Podpis pracownika laboratorium

Data wydania wyniku