



Zakładu Radiologii

Załącznik nr 13 do Księgi Jakości

Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica
64-920 Piła, ul. Rydygiera 1

NIP 764-20-88-098 REGON 001261820
www.szpitalpila.pl, e-mail: wszpila@pi.onet.pl

Piła, dnia.....

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKU BADAŃ

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL.....

Proszę o wydanie moich wyników badań diagnostycznych z Zakładu/Pracowni

.....

osobie

(imię i nazwisko)

Odbiór wyników wyłącznie po okazaniu dowodu tożsamości ze zdjęciem.

Upoważnienie jednorazowe.

.....

(czytelny podpis pacjenta)

Kwituję odbiór w/w wyniku

Data i czytelny podpis osoby upoważnionej