



U P O W A Ź N I E N I E

Data badania:

Imię i nazwisko pacjenta:

Adres pacjenta:

PESEL :

U P O W A Ź N I A M

Imię i nazwisko:

Nr dowodu lub Pesel(*ew.data urodzenia*).....do odbioru wyniku badania RTG.

.....

Podpis osoby składającej upoważnienie