

ODBIÓR WYNIKÓW W PRACOWNI ENDOSKOPII

1. **POTWIERDZAM**, że osobiście odebrałem(am) wynik badania w pracowni Endoskopii.

Imię i nazwisko PESEL

Data i podpis pacjenta

Podpis osoby wydającej wynik badania

UPOWAŻNIENIE - WYPEŁNIĆ, JEŻELI ODBIERA INNA OSOBA

2. Ja..... PESEL

Nazwisko i imię pacjenta

UPOWAŻNIAM:

(Pana/ią) PESEL

do odbioru wyniku badania.

.....
Data, podpis pacjenta

Podpis osoby wydającej wynik badania