

Jednorazowe upoważnienie do odbioru wyników

Imię i nazwisko pacjenta:

Pesel / data urodzenia:

Adres do korespondencji:

.....
.....

Ja, niżej podpisany/a, legitymujący/a się dowodem osobistym nr

upoważniam Panią / Pana

legitymującą/ego się dokumentem tożsamości nr

do:

☐ uzyskania/odbioru dokumentacji medycznej w postaci

☐ uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta

.....
Data i podpis osoby wydającej dokumentację

Wyniki badań najlepiej odebrać osobiście na podstawie dokumentu tożsamości lub przedstawionego upoważnienia.

UWAGA! NIE PRZEKAZUJEMY WYNIKÓW BADAŃ TELEFONICZNIE

Med-Polonia Sp. z o.o.

ul. Obornicka 262, 60-693 Poznań, tel.: 61 66 43 300, fax: 61 66 43 301

biuro@medpolonia.pl