

Wrocław, dnia

**UPOWAŻNIENIE STAŁE DO ODBIORU WYNIKÓW
Z PRAKTYKI LEKARZA RODZINNEGO S.C. BOŻENA PAŹDZIOR, EWA PAŹDZIOR,
UL. BEŻOWA 12-16, 54-046 WROCŁAW,
FILIA MROZÓW, UL. WYZWOLENIA 20, 55-330 MIĘKINIA.**

Ja,, PESEL.....
Imię i nazwisko pacjenta

upoważniamlegitymującą/ego się dowodem
Imię i nazwisko osoby upoważnionej do odbioru wyników

osobistym..... do odbioru z Praktyki Lekarza Rodzinnego S.C.

Bożeny Paździor, Ewy Paździor wszystkich moich wyników.

.....
Imię i nazwisko pacjenta

Upoważnienie jest ważne do otrzymania przez Praktykę Lekarza Rodzinnego S.C. jego pisemnego odwołania

**Część 1 > dokument przeznaczony dla Rejestracji Praktyki Lekarza Rodzinnego S.C.
Bożena Paździor, Ewa Paździor,**

Wrocław, dnia

**UPOWAŻNIENIE STAŁE
DO ODBIORU WYNIKÓW Z PRAKTYKI LEKARZA RODZINNEGO S.C. BOŻENA
PAŹDZIOR, EWA PAŹDZIOR, UL. BEŻOWA 12-16, 54-046 WROCŁAW,
FILIA MROZÓW, UL. WYZWOLENIA 20, 55-330 MIĘKINIA**

Ja,, PESEL.....
Imię i nazwisko pacjenta

upoważniamlegitymującą/ego się dowodem
Imię i nazwisko osoby upoważnionej do odbioru wyników

osobistym..... z Praktyki Lekarza Rodzinnego S.C.

Bożeny Paździor, Ewy Paździor wszystkich moich wyników.

.....
Imię i nazwisko pacjenta

Upoważnienie jest ważne do otrzymania przez Praktykę Lekarza Rodzinnego S.C. jego pisemnego odwołania

**Część 2 > dokument przeznaczony dla Pacjenta. Osoba upoważniona każdorazowo przy
odbiorze wyników powinna posiadać niniejszy dokument .**