

Wrocław, dnia

**UPOWAŻNIENIE 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.

Bożena Paździor, Ewa Paździor moich wyników laboratoryjnych/RTG* z dnia
.....

.....

Imię i nazwisko pacjenta

*niepotrzebne skreślić

Wrocław, dnia

**UPOWAŻNIENIE 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.

Bożena Paździor, Ewa Paździor moich wyników laboratoryjnych/RTG* z dnia
.....

.....

Imię i nazwisko pacjenta

*niepotrzebne skreślić
