

.....  
Imię i Nazwisko pacjenta

Bytom, dnia .....  
Data

.....

.....

.....  
Adres pacjenta

.....  
PESEL pacjenta

## UPOWAŻNIENIE

Upoważniam Pana/Panią .....  
Imię i Nazwisko osoby upoważnionej

Legitymującą się dokumentem nr .....  
Nr, seria dowodu osobistego/paszport

Do odbioru sprawozdania z moich badań wykonanych w PSSE w Bytomiu.

.....  
Podpis udzielającego upoważnienie