



**Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna  
w Białymstoku**

Medyczne Laboratorium Diagnostyczne  
Sekcja Badań Epidemiologiczno-Klinicznych  
ul. Legionowa 8, 15-099 Białystok  
tel. 085 740 85 65  
www.gov.pl/web/wsse-bialystok

**OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU DO DOSTĘPU DO  
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ: WYNIKÓW BADAŃ/ODPISÓW WYNIKÓW  
BADAŃ\* - (\*właściwe zakreślić)**

Imię i nazwisko pacjenta: .....  
Nr PESEL pacjenta: .....

**oświadczam, że upoważniam:**

.....  
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)  
.....  
(adres zamieszkania osoby upoważnionej)  
.....  
(nr PESEL osoby upoważnionej)  
.....  
(nr telefonu osoby upoważnionej)

**do odbioru wyników badań/odpisów wyników badań\* - (\*właściwe zakreślić)  
wykonanych w Medycznym Laboratorium Diagnostycznym w Wojewódzkiej Stacji  
Sanitarno-Epidemiologicznej w Białymstoku.**

*Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy.*

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis pacjenta)

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(imię i nazwisko oraz podpis osoby  
odbierającej oświadczenie od pacjenta)

**POTWIERDZAM ODBIÓR WYNIKÓW BADAŃ/ODPISÓW WYNIKÓW BADAŃ\*  
- (\*właściwe zakreślić)**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis osoby upoważnionej)