



**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

Załącznik Nr 6 do PO-03/IR-12 wyd. 17
Data obowiązywania 21.07.2025

**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.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis pacjenta)

.....
(miejscowość, data)

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

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis osoby upoważnionej)