



ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BRODNICY
ul. Wiejska 9, 87-300 Brodnica
REGON 000302327 NIP 8741484403

UPOWAŻNIENIE

Do odbioru dokumentacji, wyników badań, inne
z Zakładu Radiologii Ogólnej i Diagnostyki
Obrazowej w ZOZ w Brodnicy Pana / Pani

.....
nazwisko, imię pacjenta

upoważniam Pana / Panią

.....
nazwisko, imię osoby upoważnionej

Brodnica, dn.

.....
czytelny podpis

Potwierdzenie odbioru

Brodnica, dn.

.....
czytelny podpis