**Upoważnienie do odbioru wyniku badania wykonanego w Pracowni Diagnostyki Obrazowej**

Ja ............................................................. PESEL .............................. upoważniam do odebrania wyniku badania radiologicznego z

dnia .................. Panią/ Pana\* ..................................................PESEL ...................... zamieszkałą/ go ...............................................................

Świdnik, dnia .................... .........................................

 Czytelny podpis pacjenta

\* Osoba upoważniona jest proszona o zgłoszenie się z dowodem tożsamości.