



Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
MSWiA w Koszalinie
Pracownia Endoskopii
Tel. (94) 347 16 40

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ

Ja, niżej podpisany/a....., PESEL.....
legitymujący/a się dowodem osobistym nr i seria:.....

Upoważniam: Pana/Panią:

.....

imię i nazwisko

legitymującym/cą się dowodem osobistym nr i seria.....
do odbioru mojego wyniku gastroscopii/ kolonoskopii

.....

data i podpis