**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ**

**Upoważnienie jednorazowe**

**Dane Pacjenta:**

Imię i nazwisko ………………………….........................PESEL……………

Ja niżej podpisana/-y upoważniam do odbioru wyników moich badań wykonanych w Laboratorium Bakteriologicznym PSSE w Tczewie.

**Dane osoby upoważnionej:**

Panią / Pana:………………………...............................PESEL………………

Świadoma/y odpowiedzialności karnej grożącej za składanie fałszywych zeznań stosownie do art.233 kodeksu karnego, oświadczam, że dane zawarte w upoważnieniu są prawdziwe.

………….................... ……..……………………..

*Data i czytelny podpis pracownika Data i czytelny podpis Pacjenta*

*przyjmującego upoważnienie*