



**SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MSWiA
PRACOWNIA
DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ**

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam Pana/Panią

PESEL: _ _ _ _ _

do odbioru wyników (podać rodzaj badania RTG)

Nazwisko i imię pacjenta/teki

PESEL: _ _ _ _ _

Data i podpis czytelny pacjenta/teki

**Osoba odbierająca zdjęcie rtg powinna posiadać przy sobie
dowód osobisty**