**`** Data

**Upoważnienie do odbioru wyników**

**Ja, niżej podpisany,** (imię i nazwisko)…………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**upoważniam Pana/Panią**, (imię i nazwisko)……………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Nr dokumentu tożsamości |  |

Do odbioru moich wyników badań Rezonansu Magnetycznego

|  |  |
| --- | --- |
| Podpis czytelny |  |