

**UPOWAŻNIENIE**  
**do odbioru wyniku badania MR**

.....  
Imię i Nazwisko Pacjenta

.....  
Nr PESEL Pacjenta /data urodzenia

.....  
Adres

.....  
Nr dokumentu tożsamości Pacjenta

Ja niżej podpisana/podpisany upoważniam do odbioru wyników mojego badania MR

Panią/Pana:

.....  
Imię i Nazwisko Upoważnionego

.....  
Nr PESEL Upoważnionego

.....  
Nr dokumentu tożsamości Upoważnionego

.....  
Data i czytelny podpis Pacjenta

.....  
Data i podpis pracownika przyjmującego upoważnienie