|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW** | **Pracownia Tomografii Komputerowej**  ul. Dowgirda 9, 17-200 Hajnówka  **Rejestracja 85 682 91 39** e-mail pracowniaTK@spzozhajnowka.pl  Wydanie II z dnia 27.10.2023 r. Str. 1 |

Data nadania upoważnienia: …………………………………………….

Imię i Nazwisko pacjenta/ki..................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numer PESEL : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Adres zamieszkania:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Upoważniam** (prosimy o zaznaczenie krzyżykiem odpowiedniej zgody)

* *Do odbioru wyniku badań*

Panią/ Pana (imię i nazwisko): .......................................................................................................

Nr dokumentu tożsamości:…………………………………………………………………………………………………………

* SP ZOZ w Hajnówce do przesłania wyników badania na adres e-mail:

|  |
| --- |
|  |

***Podpis***

*………………………………………………………….*

*Upoważnienie należy przedłożyć w rejestracji Pracowni Tomografii Komputerowej przy odbiorze wyników.*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW** | **Pracownia Tomografii Komputerowej**  ul. Dowgirda 9, 17-200 Hajnówka  **Rejestracja 85 682 91 39** e-mail pracowniaTK@spzozhajnowka.pl  Wydanie II z dnia 27.10.2023 r. Str. 1 |

Data nadania upoważnienia: …………………………………………….

Imię i Nazwisko pacjenta/ki..................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numer PESEL : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Adres zamieszkania:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Upoważniam** (prosimy o zaznaczenie krzyżykiem odpowiedniej zgody)

* *Do odbioru wyniku badań*

Panią/ Pana (imię i nazwisko): .......................................................................................................

Nr dokumentu tożsamości:…………………………………………………………………………………………………………

* SP ZOZ w Hajnówce do przesłania wyników badania na adres e-mail:

|  |
| --- |
|  |

***Podpis***

*………………………………………………………….*

*Upoważnienie należy przedłożyć w rejestracji Pracowni Tomografii Komputerowej przy odbiorze wyników.*