



UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW

PRACOWNIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ SP ZOZ
W HAJNÓWCE

ul. Doc. Adama Dowgirda 9 17-200 Hajnówka
tel. 85 682 91 39, e-mail pracowniaTK@spzozhajnowka.pl
Wydanie II z dnia 27.10.2023 r.

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 SP ZOZ
W HAJNÓWCE

ul. Doc. Adama Dowgirda 9 17-200 Hajnówka
tel. 85 682 91 39, e-mail pracowniaTK@spzozhajnowka.pl
Wydanie II z dnia 27.10.2023 r.

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.