



NZOZ KardioNeuroMED  
Przychodnia Specjalistyczna  
23-400 Biłgoraj, 3 Maja 87a

data .....

## UPOWAŻNIENIE

Upoważniam Pana/Panią .....  
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....  
(PESEL lub nr i seria dokumentu tożsamości lub data urodzenia i adres)

do odbioru wyników moich badań diagnostycznych\*/ recepty\* .....  
(data badań\*/ recepty\* )

.....  
imię, nazwisko, PESEL ..... podpis osoby udzielającej upoważnienia

\*Niepotrzebne skreślić

Upoważnienie jest ważne 30 dni od daty wystawienia

---