



Pracownia Radiologiczna  
**POLIMED**  
os. Piastów 40  
31-623 Kraków

Kraków, dnia \_\_\_\_\_

## **UPOWAŻNIENIE do odbioru wyników badań diagnostycznych**

Ja niżej podpisany/a \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

**upoważniam** Panią/Pana \_\_\_\_\_

Legitymującą/ego się dowodem osobistym nr \_\_\_\_\_

do odbioru:

wyniku badania RTG wraz z opisem

\_\_\_\_\_  
data i czytelny podpis Upoważnionego

\_\_\_\_\_  
data i czytelny podpis Pacjenta