

--	--	--	--	--	--	--	--

numer karty – wypełnia personel

## Upoważnienie do wysłania wyników badań

Ja, niżej podpisana/ny\* .....  
(imię i nazwisko)

PESEL: .....

Numer i seria oraz rodzaj dokumentu tożsamości (w przypadku osób nieposiadających PESEL)

.....

UPOWAŻNIAM CENTRUM MEDYCZNE BABKA MEDICA

Do przesłania wybraną drogą pocztową moich wyników badań:

.....

Adres e-mail: .....  
(prosimy wpisać adres e-mail)

Adres pocztowy: .....  
(prosimy wpisać adres pocztowy)

.....

Jednocześnie oświadczam, iż zrzekam się wszelkich roszczeń do Centrum Medycznego Babka Medica w przypadku wystąpienia ewentualnych skutków wynikających z przesłania informacji o moim stanie zdrowia, wskazaną przez mnie powyżej formą korespondencji.

.....  
(Data i czytelny podpis osoby upoważniającej)

.....  
(Podpis pracownika przychodni)