

Wrocław, dnia

**UPOWAŻNIENIE
DO ODBIORU WYNIKÓW Z DCM DOLMED S.A.**

Ja,, pesel.....
Imię i nazwisko pacjenta

upoważniamlegitymującą/ego się dowodem
Imię i nazwisko osoby upoważnionej do odbioru wyników

osobistym..... do odbioru z Dolnośląskiego Centrum Medycznego
DOLMED S.A. moich wyników laboratoryjnych/RTG/mammografii * z dnia

.....
Imię i nazwisko pacjenta

**niepotrzebne skreślić*