



Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony

71 – 455 Szczecin, ul Arkońska 4

Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej

UPOWA NIENIE

Data: í í í í í í í í í í

Imi i nazwisko Pacjenta: í

Adres Pacjenta: í .

PESEL: í í í í í í í í í í í í í í .

Upowa niam:

Pracowników Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej SPWSZ do przesłania wyniku
mojego badania e-mailem na adres e-mail:

í .

Nr telefonu: í

í .

Podpis osoby składaj cej upowa nienie