



Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2
im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie
35-301 Rzeszów ul. Lwowska 60

PRACOWNIA RTG

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKU BADANIA RTG/MR/KT
oraz dokumentacji obrazowej (klisze, płyty CD/DVD)**

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL..... seria i nr dowodu osobistego.....

Data

W przypadku, gdy nie będę mógł/mogła osobiście odebrać mojego wyniku badania RTG/MR/KT

UPOWAŻNIAM

Pana/PaniąPESEL

seria i nr dowodu osobistego.....

do odbioru wyniku badania RTG

wykonanego w dniu

.....
czytelny podpis pacjenta /przedstawiciela ustawowego*

.....
czytelny podpis osoby upoważnionej

* niepotrzebne skreślić