

**Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku**  
**Zakład Medycyny Nuklearnej**

.....  
miejsowość i data

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKU BADANIA/ PROCEDURY MEDYCZNEJ**

Ja, niżej podpisana/y .....  
imię i nazwisko pacjenta

PESEL 

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

 legitymująca/y się dokumentem tożsamości

..... seria i numer: .....  
np. dowód osobisty/paszport/ inny dokument

upoważniam Panią/Pana .....  
imię i nazwisko  
legitymującą/ego się dokumentem tożsamości

..... seria i numer: .....  
np. dowód osobisty/paszport/ inny dokument

**do odbioru wyniku badania scyntygraficznego / PET-TK/ INNE \*** .....

.....  
czytelny podpis pacjenta/opiekuna faktycznego/  
opiekuna prawnego składającego upoważnienie

\* właściwe zakreślić lub zapisać