

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

.....
Pesel

Oświadczenie

Upoważniam

(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa osoby upoważnionej)

Do odbioru wyników badań w Pracowni Badań Medycznych „ALAMED”
W Grójcu ul. Mikołaja Kopernika 8a.

.....
(data i podpis pacjenta)

Na podstawie art. 9 i 23 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz.U. Nr 52 poz. 417) oraz § 8 pkt. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 21.12.2010 r. w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. Nr 252 poz. 1697).