

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

numer karty – wypełnia personel

## Upoważnienie do wysłania wyników badań (PROSIMY O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI)

Ja, niżej podpisana/ny\* .....  
(imię i nazwisko)

PESEL: .....

Numer i seria oraz rodzaj dokumentu tożsamości (w przypadku osób nieposiadających PESEL)

.....

UPOWAŻNIAM CENTRUM MEDYCZNE BABKA MEDICA  
do przesłania wybraną drogą pocztową moich wyników badań:

.....  
(data i rodzaj wykonanych badań)

Adres e-mail: .....  
(prosimy wpisać adres e-mail)

Nr telefonu, na który ma zostać wysłane hasło: .....

Adres pocztowy\*: .....  
(prosimy wpisać adres pocztowy)

.....

*\*W przypadku wysłania dokumentacji medycznej pocztą tradycyjną opłata wynosi:*

*a) 11 zł przesyłka krajowa*

*b) 23 zł zagraniczna*

Jednocześnie oświadczam, iż zrzekam się wszelkich roszczeń do Centrum Medycznego Babka Medica w przypadku wystąpienia ewentualnych skutków wynikających z przesłania informacji o moim stanie zdrowia, wskazaną przez mnie powyżej formą korespondencji.

.....  
(Data i czytelny podpis osoby upoważniającej)

.....  
(Podpis pracownika przychodni)