

Wykaz osób upoważnionych do odbioru wyników badań w formie papierowej

| Lp. | Imię i nazwisko osoby upoważnionej | Tytuł zawodowy/stanowisko np. lekarz, pielęgniarka | Numer PWZ (jeśli dotyczy) |
|-----|------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |

Niniejszym potwierdzam, że w/w osoby są upoważnione do odbioru wyników badań pacjentów Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu w formie papierowej.

Uwaga:

Zmiana wykazu osób upoważnionych po Stronie Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu wymaga każdorazowej aktualizacji niniejszego załącznika

.....

(data, pieczęć, podpis osoby uprawnionej

do reprezentowania Szpitala)