

Starachowice, dnia.....

Rodzaj Badania.....

Podpis osoby przyjmującej zlecenie  
wykonania badania.....

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA.....

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

PESEL

OŚWIADCZAM, że zapoznałem(am) się z klauzulą tzw. **OBOWIĄZKIEM INFORMACYJNYM W ZAKRESIE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH.**

.....  
*Podpis pacjenta*

### POTWIERDZENIE ODBIORU WYNIKU BADANIA PRZEZ PACJENTA

Niniejszym potwierdzam osobisty odbiór wyniku badania jak wyżej.

.....  
*Data i Podpis pacjenta*

### UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKU BADANIA

Niniejszym **upoważniam** Panią/Pana ..... Legitymującą/ego się dowodem osobistym nr ..... do odbioru wyników badań histopatologicznych.

Jednocześnie zobowiązuję się do przekazania osobie upoważnionej informacji o klauzuli tzw. **OBOWIĄZKIEM INFORMACYJNYM W ZAKRESIE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH** znajdującej się na stronie [www.szpital.starachowice.pl](http://www.szpital.starachowice.pl)

.....  
*Data i Podpis pacjenta*

Niniejszym potwierdzam odbiór wyniku badania histopatologicznego i potwierdzam zapoznanie się z ww. klauzulą.

.....  
*Data i Podpis osoby upoważnionej*

## UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKU BADANIA

Niniejszym **upoważniam** Panią/Pana ..... Legitymującą/ego się dowodem osobistym nr ..... do odbioru wyników badań histopatologicznych.

Jednocześnie zobowiązuję się do przekazania osobie upoważnionej informacji o klauzuli tzw. **OBOWIĄZKIEM INFORMACYJNYM W ZAKRESIE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH** znajdujące się na stronie [www.szpital.starachowice.pl](http://www.szpital.starachowice.pl)

.....

*Data i Podpis pacjenta*

Niniejszym potwierdzam odbiór wyniku badania histopatologicznego i potwierdzam zapoznanie się z ww. klauzulą.

.....

*Data i Podpis osoby upoważnionej*

Starachowice, dnia.....
Rodzaj Badania.....
Podpis osoby przyjmującej zlecenie wykonania badania.....

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA.....

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

PESEL

OŚWIADCZAM, że zapoznałem(am) się z klauzulą tzw. **OBOWIĄZKIEM INFORMACYJNYM W ZAKRESIE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH.**

.....

*Podpis pacjenta*

## POTWIERDZENIE ODBIORU WYNIKU BADANIA PRZEZ PACJENTA

Niniejszym potwierdzam osobisty odbiór wyniku badania jak wyżej.

.....

*Data i Podpis pacjenta*