



**SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 1  
IM. DR. ANTONIEGO JURASZA  
W BYDGOSZCZY**

**Zakład Patomorfologii Klinicznej**  
ul. M. Karłowicza 11, 85-004 Bydgoszcz  
tel: 52/585 4207, fax: 52/585 4049  
email: patmorfologia@jurasza.pl

## DRUK UPOWAŻNIENIA DO ODBIORU WYNIKÓW

Upoważniam .....  
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

.....do odbioru rozpoznania patomorfologicznego.  
(seria i numer dokumentu tożsamości)

.....  
(imię i nazwisko pacjenta)                      (PESEL pacjenta)                      (czytelny podpis pacjenta)