**Załącznik Nr 4 do Umowy ……………………….**

**Wykaz osób upoważnionych do odbioru**

**wyników badań w formie papierowej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** **osoby upoważnionej** | **Tytuł zawodowy/Stanowisko** | **Numer PWZ****(jeśli dotyczy)** |
| 1.  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4.  |  |  |  |
| 5.  |  |  |  |

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)