

.....
miejsowość i data

UPOWAŻNIENIE DLA USDK DO PRZESŁANIA WYNIKU BADANIA LABORATORYJNEGO POCZTĄ

Ja, (imię, nazwisko), nr PESEL:

Ja, (imię, nazwisko), nr PESEL:¹

**upoważniam Dział Usług Odpłatnych USD w Krakowie do przesłania wyniku badania nr zlecenia:
listem poleconym w cenie 26,95 zł² lub 29,40 zł² lub 48,10 zł^{2,4} lub Kurierem Poczty Polskiej Pocztex z doręczeniem do godziny
12:00 następnego dnia roboczego w cenie 72,35 zł^{2,3} - ceny zgodne z obowiązującym Cennikiem Działu Usług Odpłatnych Szpitala.
Równocześnie zobowiązuję się w przypadku nieodebrania przesyłki do pokrycia kosztów jej zwrotu do nadawcy.**

W przypadku badań dziecka proszę podać:

imię i nazwisko dziecka: i nr PESEL / Data urodzenia:

Wynik badania proszę przesłać na adres

Ulica: Nr domu: Nr mieszkania:

Kod pocztowy: Miejscowość:

.....
data i czytelny podpis Klienta

.....
podpis pracownika DUO

.....
data i czytelny podpis Klienta

¹ Druga osoba wypełnia przy badaniu allo MLR, cross-match

² Niepotrzebne skreślić

³ Dotyczy przesyłek krajowych - Pocztex, opłata w Kasie Szpitala 17,35 zł + opłata przy odbiorze przesyłki 55,00 zł

⁴ Dotyczy przesyłek zagranicznych - list polecony priorytetowy

.....
miejsowość i data

UPOWAŻNIENIE DLA USDK DO PRZESŁANIA WYNIKU BADANIA LABORATORYJNEGO POCZTĄ

Ja, (imię, nazwisko), nr PESEL:

Ja, (imię, nazwisko), nr PESEL:¹

**upoważniam Dział Usług Odpłatnych USD w Krakowie do przesłania wyniku badania nr zlecenia:
listem poleconym w cenie 26,95 zł² lub 29,40 zł² lub 48,10 zł^{2,4} lub Kurierem Poczty Polskiej Pocztex z doręczeniem do godziny
12:00 następnego dnia roboczego w cenie 72,35 zł^{2,3} - ceny zgodne z obowiązującym Cennikiem Działu Usług Odpłatnych Szpitala.
Równocześnie zobowiązuję się w przypadku nieodebrania przesyłki do pokrycia kosztów jej zwrotu do nadawcy.**

W przypadku badań dziecka proszę podać:

imię i nazwisko dziecka: i nr PESEL / Data urodzenia:

Wynik badania proszę przesłać na adres

Ulica: Nr domu: Nr mieszkania:

Kod pocztowy: Miejscowość:

.....
data i czytelny podpis Klienta

.....
podpis pracownika DUO

.....
data i czytelny podpis Klienta

¹ Druga osoba wypełnia przy badaniu allo MLR, cross-match

² Niepotrzebne skreślić

³ Dotyczy przesyłek krajowych - Pocztex, opłata w Kasie Szpitala 17,35 zł + opłata przy odbiorze przesyłki 55,00 zł

⁴ Dotyczy przesyłek zagranicznych - list polecony priorytetowy