**Załącznik 3 do Umowy ……………………….**

**Wykaz osób upoważnionych do otrzymania**

**karty dostępu do wyników on-line**

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

Niniejszym potwierdzam, że w/w osoby są upoważnione do dostępu za pomocą „kart dostępu” do wyników badań zleconych przez Szpital specjalistyczny Nr 2 w Bytomiu .

Jednocześnie upoważniam …………………………………………………………………………………………………………... (imię i nazwisko, tytuł zawodowy/stanowisko) do odbioru kart dostępu dla w/w osób w imieniu Szpitala specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu.

**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 )