

.....
miejsowość i data**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKU BADANIA****Ja, niżej podpisana/y:**

Imię i nazwisko:

legitymująca/y się dokumentem tożsamości: dowód osobisty / paszport*

Seria i numer:

niniejszym upoważniam Pana / Panią:

Imię i nazwisko:

legitymującą/ego się dokumentem tożsamości: dowód osobisty / paszport*

Seria i numer:

do odbioru wyników badań wykonanych przez Laboratorium Analityczne LAB – MED s.c.

Data pobrania materiału:

.....
data i czytelny podpis pacjenta

* niepotrzebne skreślić