

Laboratorium analityczne LAB-MED s.c.
ul. Daszyńskiego 4, 56-500 Syców

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKU BADANIA

Ja, niżej podpisana(y), PESEL:,
(Imię i nazwisko pacjenta)
legitymująca(y) się dowodem tożsamości:
(rodzaj, seria i numer dokumentu)

UPOWAŻNIAM

Panią (Pana), PESEL:,
(Imię i nazwisko osoby upoważnionej)
legitymująca(y) się dowodem tożsamości:
(rodzaj, seria i numer dokumentu)
do odbioru wyników moich badań, wykonanych w laboratorium LAB-MED
w Sycowie
(rodzaj, nazwa badania)

Podpis
(data i podpis pacjenta)