

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU SPRAWOZDANIA Z BADAŃ

wykonanych przez Laboratorium WSSE w Warszawie

Ja, niżej podpisana/y.....,
/ Imię i nazwisko /

PESEL :.....legitymująca/y się dokumentem

tożsamości :.....seria i numer:.....,

upoważniam Pana/Panią
/ Imię i nazwisko /

legitymująca/ego się dokumentem tożsamości:.....

seria i numer:.....do odbioru wyników badań w kierunku :

.....

.....
/ Data i podpis pacjenta/