

UPOWAŻNIENIE

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PESEL PACJENTA

DATA I NR ZLECENIA

Upoważniam Panią/Pana

Adres

do odbioru mojego sprawozdania z badań.

.....
Podpis osoby upoważniającej

UPOWAŻNIENIE

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PESEL PACJENTA

DATA I NR ZLECENIA

Upoważniam Panią/Pana

Adres

do odbioru mojego sprawozdania z badań.

.....
Podpis osoby upoważniającej