

.....
Imię i Nazwisko pacjenta

Włocławek, dn.

.....
Adres pacjenta

.....
PESEL pacjenta

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKU BADANIA

Upoważniam Panią/Pana
Legitymującą/cego się dowodem osobistym nr
Do odbioru mojego wyniku badania.....
.....
.....
.....

.....

Czytelny podpis pacjenta