

.....
Imię i nazwisko pacjenta

Włodawa

.....
Adres pacjenta

.....
Pesel pacjenta

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam Panią/Pana
legitymującą/cego się dowodem osobistym
do odbioru mojego wyniku badania z
.....
wykonanego w dniu

.....
Czytelny podpis pacjenta

.....
Imię i nazwisko pacjenta

Włodawa

.....
Adres pacjenta

.....
Pesel pacjenta

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam Panią/Pana
legitymującą/cego się dowodem osobistym
do odbioru mojego wyniku badania z
.....
wykonanego w dniu

.....
Czytelny podpis pacjenta