

Ja, niżej podpisany/a

.....

posiadający/a numer PESEL

legitymujący/a się dokumentem tożsamości (np. dowód osobisty, paszport) seria i numer

.....

upoważniam Panią/Pana (imię i nazwisko)

.....

legitymujący/a się dokumentem tożsamości (np. dowód osobisty, paszport) seria i numer

.....

do odbioru w moim imieniu wyników badań wykonanych przez Medyczne Laboratorium
Diagnostyczne Przychodni Specjalistycznej w Olsztynie
(nazwa badania/-ń lub data pobrania materiału)

.....

.....

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis pacjenta

.....
data i czytelny podpis odbierającego