



.....
Miejscowość, data

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ
z med & lab Laboratorium Analiz Medycznych

Ja, niżej podpisany /- a, PESEL
upoważniam Panią / Pana o numerze PESEL
do odbioru moich wyników badań z dnia

Upoważnienie ma charakter jednorazowy.

.....
Czytelnie podpis (imię i nazwisko) osoby udzielającej upoważnienia

POTWIERDZENIE ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ

.....
Data i czytelny podpis (imię i nazwisko) osoby odbierającej wynik badania