Eurodiagnosis

MIEJSCOWOŚĆ ..... DATA .....

UPOWAŻNIENIE JEDNORAZOWE DO ODBIORU WYNIKU BADANIA DIAGNOSTYCZNEGO

Ja niżej podpisana/ny .....

PESEL | | | | | | | | | | |

legitymująca/cy się dokumentem tożsamości* .....

upoważniam Panią/Pana .....

PESEL | | | | | | | | | | |

legitymująca/cy się dokumentem tożsamości* .....

do odebrania mojego wyniku badania diagnostycznego przeprowadzonego (data i miejsce badania) .....

*w przypadku braku numeru pesel, proszę podać rodzaj i numer dokumentu tożsamości

.....

CZYTELNY PODPIS OSOBY UDZIELAJĄCEJ UPOWAŻNIENIA

W dniu ..... powyższy wynik badania diagnostycznego zapisany na papierze/płycie CD* odebrał/a

.....

którego/ej tożsamość została ustalona na podstawie .....

* NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ

....

DATA I PODPIS OSOBY WYDAJĄCEJ WYNIK DATA I PODPIS OSOBY ODBIERAJĄCEJ WYNIK