

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ  
W LABORATORIUM / PRACOWNI**

Imię i nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Ja niżej podpisany*

**Upoważniam do odbioru moich wyników badań:**

Imię i nazwisko osoby upoważnionej.....

Adres zamieszkania.....

.....  
Data i czytelny podpis pacjenta