

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKU BADANIA

ul. Chodkiewicza 44, 85-667 Bydgoszcz
tel- 52-32-62-100

Ja jako pacjent/ przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny pacjenta *.....
(imię i nazwisko pacjenta)

urodzonego dnia.....
(data urodzenia pacjenta)

upoważniam
(imię i nazwisko osoby upoważnionej do odbioru wyniku, stopień pokrewieństwa)

*Niepotrzebne skreślić

.....
(czytelny podpis rodzica/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego*)