

Upoważnienie do odbioru wyników badań

Ja, niżej podpisany/a .:,
imię nazwisko

PESEL:.....

legitymujący /a się dowodem osobistym nr i seria:

Upoważniam Pana/Panią.:

.....
imię nazwisko

legitymującym /cą się dowodem osobistym nr i seria:

do odbioru moich wyników badań z Centrum Medycznego MedHeart, ul. Armii Krajowej 27, 62-035
Bnin

.....
data i podpis osoby upoważniającej