

Laboratorium Medyczne LABOR
Sp. z o.o. Spółka komandytowa
Gostyń, ul. Przy Dworcu 4

Numer i data wyników:

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ

Ja niżej podpisany

Imię i nazwisko:

.....

PESEL

upoważniam do odbioru moich wyników badań:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....

Data urodzenia lub PESEL

.....

Data

.....

Czytelny podpis