Sępólno Krajeńskie,……rok

data

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany(a).....PESEL……..upoważniam Pana/Panią……..., legitymującego/ą się dowodem osobistym nr……do odbioru moich wyników badań laboratoryjnych, recept, kopii dokumentacji, radiogram, opis radiogramu. [1]

……..

Data i czytelny podpis

[1] Niepotrzebne skreślić