

.....
Imię i Nazwisko osoby wykonującej badanie

.....
PESEL osoby wykonującej badanie

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ

UPOWAŻNIAM:

Imię i nazwisko osoby odbierającej wynik

O nr PESEL....., nr dowodu.....

do odbioru wyniku badania.

Data i podpis.....

Imię i nazwisko

Data

.....
podpis pacjenta

NZOZ DIAGMED Sp. z o.o. Pracownia Analityki Medycznej
ul. Lwowska 20 33-300 Nowy Sącz
tel. 18 443-78-94 www.diagmed.info.pl
Kierownik Laboratorium mgr Agnieszka Radom