

Gliwice, dn.....

Ja nr Pesel..... legitymujący/a się
dowodem osobistym..... zamieszkały/a
..... upoważniam do odbioru moich
preparatów/bloczków /wyniku Pana/ią.....
nr Pesel..... nr dowodu.....
zamieszkałego/łą

.....

podpis pacjenta