

Warszawa, dnia

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam legitymującego/cą się dowodem osobistym, (seria i numer) do odbioru (podkreślić właściwe) recepty/dokumentacji medycznej/wyniku badania.

.....

Podpis pacjenta

.....

Data odbioru

.....

Podpis osoby odbierającej